

Année 1901

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 15 Juillet 1901, à 1 heure,

Par M. HENRI DIARD

LES MANIFESTATIONS GOMMEUSES

DE LA

Syphilis Héréditaire Tardive

Président : M. FOURNIER, professeur.

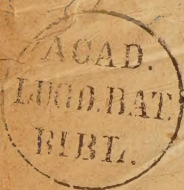
Juges : { MM. GAUCHER, }
MERY, } *agrégés.*
DESGREZ. }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE
Clinique des maladies des enfants.....	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEBOVE.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND
Clinique gynécologique.....	DUPLAY.
Clinique chirurgicale infantile.....	LE DENTU
	TILIAUX.
	TERRIER.
	PANAS.
	GUYON
	PINARD.
	BUDIN.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET (PIERRE)	LAUNGIS	SEBILEAU	WURTZ
DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER	

Chef des Travaux Anatomiques : M. le Dr RIEFFÉL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

dont l'affection sans bornes a toujours été mon meilleur encouragement, je dédie ce travail comme un faible témoignage de ma vive reconnaissance.

818

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FOURNIER

INTRODUCTION

La syphilis héréditaire tardive se révèle exceptionnellement à nous dans les salles hospitalières de médecine pure. Mais les différents services de l'hôpital Saint-Louis, et en particulier la polyclinique des maladies cutanées et syphilitiques en offrent des exemples quotidiens. Le service du professeur Fournier nous ayant mis sous les yeux quelques cas de lésions gommeuses survenant à une période tardive, quelquefois très tardive, — et pourquoi non ? — de la syphilis héréditaire, nous avons pensé à mettre à profit ces observations pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Ces cas sont bien plus fréquents qu'on ne le croit communément. Rangés autrefois dans la classe des syphilis acquises à début inaperçu ou confondus avec les diverses manifestations de la scrofule, ils doivent pour la plupart rentrer dans le domaine de la syphilis héréditaire tardive.

Le beau livre de notre éminent maître M. le professeur Fournier a définitivement tranché la question. En ce jour il reste encore le travail le plus complet sur ce point de l'hérédité syphilitique. Pour l'avenir, il reste le guide le plus sûr dans la recherche des manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

De magistrales leçons venant à l'appui des données exposées dans le livre, ont fini par dépister la diathèse, la produire au grand jour, en faire la démonstration jusque dans ses formes les moins connues. Les plus rebelles à cette idée ont fini par se rendre à l'évidence, et par admettre des faits cliniques qui, de jour en jour, entrent dans le domaine du connu. Aussi bien, fortement imprégné de l'enseignement du maître, nous n'aurons pas la prétention d'apporter ici des notions entièrement nouvelles.

Nous voudrions seulement préciser certains points de la vaste question de l'hérédo-syphilis dans ses formes tardives, en groupant une série d'observations relatives aux lésions gommeuses. Nous essaierons de montrer la fréquence de ces tumeurs, la multiplicité des sièges qu'elles peuvent occuper, et les âges très divers auxquels elles peuvent apparaître.

Nous dirons surtout bien haut combien fréquemment elles restent méconnues, faisant entrevoir ainsi la gravité effroyable parfois du pronostic, quand le diagnostic, question capitale en l'espèce, n'est pas établi, quand partant, un traitement approprié n'a pu, par ses heureux effets enrayer la marche de la lésion.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de rendre hommage aux excellents maîtres qui ont fait notre éducation médicale. C'est un devoir bien doux à remplir que d'insérer aujourd'hui en tête de ce travail les nombreuses dettes de reconnaissance contractées au cours de nos études.

M. le D^r Dreyfus-Brisac, médecin de l'hôpital Lari-

boisière, fut notre premier maître en médecine. Nous avons gardé le souvenir de ses belles leçons. Elles nous ont permis d'apprécier la sûreté de son diagnostic, et les qualités que doit posséder, le parfait praticien.

L'année suivante M. le D^r Peyrot, chirurgien du même hôpital, nous accueillait dans son service si actif et, de concert avec son assistant si bienveillant M. le D^r Guinard, nous faisait profiter de ses excellentes leçons de chirurgie pratique.

Durant notre externat, nous avons eu l'honneur d'être initié par M. le D^r Sevestre assisté du D^r Méry, aujourd'hui professeur agrégé de cette Faculté, à la connaissance si attrayante des maladies de l'enfance, mais surtout au diagnostic bactériologique, à la pratique de la sérothérapie et au traitement de la diphtérie. Précieux enseignement que nous ne saurions oublier !

Grâce au D^r Routier, chirurgien de l'hôpital Necker nous avons pu compléter notre bagage chirurgical, en étudiant plus spécialement à ses côtés la chirurgie abdominale et les maladies des voies urinaires.

Avec le D^r Gaucher, professeur agrégé de la Faculté, les affections cutanées nous sont devenues familières. Nous regrettons vivement de n'avoir passé auprès de ce maître si actif que quelques mois qui nous ont paru trop courts pour profiter de toutes les ressources de son enseignement.

M. le D^r Maygrier, professeur agrégé de la Faculté, a fait beaucoup pour notre instruction dans l'art des accouchements, en même temps qu'il nous a singulièrement facilité l'étude si captivante de toutes les questions relatives au nouveau-né.

M. le Dr Duguet a droit à toute notre reconnaissance. Pendant une année nous avons pu apprécier l'excellence de ses leçons cliniques. Nous en avons largement profité dans son beau service de Lariboisière. Aussi gardons-nous le meilleur souvenir de l'accueil bienveillant que ce maître dévoué nous a toujours réservé.

Adressons encore nos remerciements bien sincères au Dr Souplet, ancien interne des hôpitaux. Il nous a plus d'une fois témoigné de vives sympathies, et durant le cours de nos études il ne nous a épargné ni son temps, ni ses conseils.

Remercions tout spécialement le Dr Edmond Fournier, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, pour les observations si intéressantes qu'il a bien voulu nous communiquer.

M. le professeur Fournier a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui sommes d'autant plus reconnaissant que nous y tenions davantage. C'est pour nous aujourd'hui une joie bien vive de lui exprimer, publiquement, notre affection profondément respectueuse et notre sincère reconnaissance.

HISTORIQUE

Nous ne nous attarderons pas sur ce chapitre. L'histoire des lésions gommeuses de l'hérédosyphilis tardive se confond, en effet, avec l'histoire même de cette diathèse. Pour l'intelligence de la question, cependant, nous en signalerons les grandes étapes.

Les auteurs anciens semblent être partisans de l'hérédité tardive dans la syphilis. Mais de combien peu de poids nous semble leur avis si l'on songe que la plus grande confusion régnait entre la blennorrhagie, le chancre mou, le chancre induré!

En 1853, à l'Académie de médecine, RICORD contre Depaul et Devergie, soutenait l'hérédité tardive. Il avait été précédé dans cette voie par CAZENAVE.

En 1857, paraît le premier mémoire d'HUTCHINSON qui rendit indubitable l'existence de la syphilis héréditaire tardive. Le célèbre auteur anglais rassemblait un grand nombre de faits montrant que la plupart des individus atteints de syphilis héréditaire tardive ont un cachet spécial. Souvent les organes des sens sont affectés, et quelquefois avec l'altération des yeux ou des oreilles, on voit coïncider la destruction du nez ou du voile du palais.

Mis en éveil par ce mémoire, DIDAY, trois ans plus tard, retrouve sur une petite fille de 10 ans, dont il a soigné le père pour une syphilis non douteuse, les stigmates dentaires si bien décrits par Hutchinson. Cette fillette avait été atteinte d'une kératite longtemps rebelle et présentait alors, établie récemment, une perforation complète de la voûte palatine qui avait déterminé le rejet des boissons par le nez. Il prescrit tout naturellement de l'iodure de potassium.

L'année 1865, à l'occasion d'un cas présenté par Hérard, voit les membres de la Société médicale des hôpitaux de Paris, se partager en deux camps : d'une part HÉRARD, GUIBOUT, FOURNIER, penchant pour la nature syphilitique, de l'autre Lailler soutenant la scrofule. Eternelle hésitation, qui depuis devait maintes fois se renouveler !

La même année, LANCEREAUX, dans son *Traité de la syphilis*, consacre un chapitre à ce qu'il appelle la syphilis héréditaire des adultes. A l'actif de l'hérédité tardive il apporte plusieurs observations remarquables de Bertin, Rosen, Cazenave, Trousseau, Ricord. Bien que ces faits soient pour la plupart passibles de deux reproches : 1° l'absence de renseignements précis sur la santé des parents, 2° le défaut de certitude touchant l'existence possible d'une syphilis acquise, Lancereaux ajoute que ces manifestations ne sont pas contestables. On y peut croire, dit-il, en se fondant sur les observations rapportées d'abord, mais surtout sur le mémoire d'Hutchinson.

En 1865 toujours, A. FOURNIER parle de deux malades,

l'un âgé de 18, l'autre de 25 ans, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte et présentant l'un et l'autre une tumeur gommeuse du voile du palais.

En 1872, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, les mémoires de C. Paul, d'Isambert, de Libermann, les observations citées dans la thèse de Fontaine et par Desnos réveillent la question de la nature des lésions naso-pharyngiennes graves.

En 1875, deux thèses soutenues presque simultanément devant la Faculté de Paris s'adressent aux mêmes lésions : les affections ulcéreuses graves de la région naso-pharyngienne. L'une écrite par CHABOUD et inspirée par HORAND, chirurgien de l'Antiquaille à Lyon, concluait à la syphilis héréditaire comme pathogénie d'un certain nombre de cas de ce genre. L'autre soutenue par Homolle, inspirée par Lailier, concluait à la scrofule comme cause unique de cette affection. Ces deux thèses résument les tendances et les idées d'observateurs considérant les mêmes faits à la même époque, mais elles concluent d'une façon très différente.

AUGAGNEUR présente en 1879 devant la Faculté de Lyon une thèse où se trouvent réunies 80 observations de syphilis héréditaire tardive éparses dans la science. La lecture de ce livre est aussi agréable qu'instructive.

L'hérédo-syphilis tardive poursuit donc son chemin. Elle semble même en Angleterre rencontrer moins d'adversaires que chez nous. En Allemagne, du moins, elle trouve de nombreux défenseurs, Schwimmer, Lewin, Hirschberg, etc.

L'année 1886 voit paraître le travail imposant du

professeur Fournier. Son autorité incontestée en matière de syphiligraphie donnait à l'œuvre une valeur considérable. Venant à cette heure elle répondait à un véritable besoin et comblait une importante lacune.

Depuis lors les observations sont devenues plus nombreuses, car l'attention a été sollicitée de ce côté. Leur ensemble à son éloquence ne proviennent-elles pas des auteurs les plus divers : oculistes, laryngologistes, médecins d'enfants, syphiligraphes français et étrangers.

Mais bornons-nous et fixons dès maintenant les limites de ce travail.

POSITION DU SUJET

Hérédo-syphilis tardive, avons-nous dit ? L'épithète tardive est ici bien à dessein. Nous ne toucherons pas au domaine de l'hérédo-syphilis précoce. Les limites qui les séparent sont d'ailleurs purement arbitraires. De même que dans la syphilis acquise il n'existe entre les périodes secondaire et tertiaire aucune démarcation franche, de même nulle barrière bien définie ne sépare les manifestations précoces des manifestations tardives de la syphilis héréditaire.

Il y a nécessité de fixer une délimitation conventionnelle. Nous accepterons en conséquence celle qui est adoptée par le professeur Fournier et définirons avec lui la syphilis héréditaire tardive : l'ensemble des

accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte.

Cette dénomination convient donc surtout aux syphilis qui entrent en scène pour la première fois, un certain nombre d'années après la naissance. Ces cas sont les plus rares, quoique non douteux. Mais nous engloberons aussi dans notre description les syphilis héréditaires qui, après s'être affirmées dans les premiers mois de la vie par diverses manifestations d'ordre spécifique, gardent un silence de dix, vingt, trente années, et puis tout à coup se traduisent par quelque nouvel accident. Cette seconde catégorie comprend beaucoup plus de cas que la première, si nous songeons combien fréquemment passent inaperçues les manifestations spécifiques des premiers mois, et surtout des premières semaines.

Mais nous n'assumerons pas la tâche de décrire tous les accidents de la syphilis héréditaire tardive, c'est-à-dire l'histoire complète du tertiariisme. De toutes les manifestations de la syphilis héréditaire tardive, manifestations profondes, importantes, graves, de l'ordre de celles qu'on observe dans les étapes avancées de la syphilis acquise, nous ne voulons en envisager qu'une seule : la gomme.

Mais nous abrègerons encore notre sujet en ne touchant pas au domaine viscéral. Des gommages y existent indubitablement soit du côté du poumon, soit du côté du foie ou ailleurs. Il en est des exemples probants qui

commencent à être connus. Mais ces lésions ne se trahissent cliniquement que dans certaines conditions exceptionnelles et forment ce qu'on appelle des surprises d'autopsie. Il n'en sera pas question au cours de ce travail.

Il nous fallait ne rapporter ici que des observations absolument probantes, des cas entourés de toute preuve d'authenticité, en un mot complets et typiques, auxquels rien ne manque. Aussi, pour ne pas prêter le flanc à la critique, n'avons-nous songé à produire que des observations répondant aux trois données suivantes: 1° caractère incontestablement syphilitique des lésions; 2° sujet indemne de toute contagion directe; 3° aveu obtenu ou preuve de la syphilis d'un des parents au moins.

Ces trois conditions sont très suffisantes pour établir la preuve de l'origine héréditaire d'un accident syphilitique.

Quant à la preuve anatomo-pathologique de la nature gommeuse de ces lésions, elle existe très probante dans un cas relaté par Dowse (1).

Aussi n'insisterons-nous pas davantage pour convaincre des railleurs ou des sceptiques qui se refusent à admettre ce que la clinique nous autorise à croire.

Arrivons aux faits et voyons à quel âge, sous quelles influences la gomme peut apparaître dans l'hérédosyphilis.

(1) Thomas Stretch Dowse. *Syphilis of the brain and spinal cord*. New-York 1879, p. 71 et suivantes.

ÉTIOLOGIE

La gomme, manifestation de la syphilis héréditaire tardive, est d'observation moins courante que les accidents précoces de l'hérédo-syphilis.

Nous en trouvons l'explication dans ce fait qu'un nombre immense des enfants entachés de syphilis succombent peu après la naissance ou dans la première enfance.

Mais cette rareté tient aussi à ce que l'hérédo-syphilis dans ses formes tardives peut se traduire par tout autre accident que par la gomme. Celle-ci, en vérité, ne forme qu'une seule des manifestations tardives de l'hérédo-syphilis.

Dans quelle proportion se produisent ces lésions gommeuses par rapport aux autres lésions que comportent les formes tardives de la syphilis héréditaire ?

Nous n'avons, par devers nous, aucune statistique nous permettant de produire des chiffres exacts. Néanmoins la lecture d'un grand nombre d'observations relatives à des manifestations tardives de la diathèse hérédo-syphilitique nous a révélé l'assez grande fréquence des lésions gommeuses.

Elles peuvent être dans leur apparition précédées par les accidents secondaires, accidents ayant éclaté à

la naissance du sujet, ou peu après. Il n'y a rien là que de normal. L'accident tertiaire apparaît dans ce cas, à son heure.

Mais on peut voir la gomme s'établir d'emblée, entrer en scène la première, les accidents d'ordre secondaire n'apparaissant ni avant, ni après. Dans ce cas la syphilis, à la manière d'une infection restée latente durant de longues années, peut revêtir une allure grave et s'affirmer alors par un véritable coup de théâtre.

L'observation de Barthélemy est un remarquable exemple de ce que nous avançons.

OBSERVATION I (in extenso). — *Hérédo-syphilis tardive monosymptomatique*. BARTHÉLEMY. — (Annales de Dermatologie, 1899, p. 262).

Un homme contracte la syphilis et se fait soigner par Ricord. Au bout de dix-huit mois de traitement il se marie, et depuis 25 ans il n'a eu aucune espèce de manifestation spécifique. Il a eu 5 enfants qui sont venus à terme (sauf le dernier qui est venu à 8 mois) et qui se portent bien. La première enfant soignée par Millard a eu des lésions ulcératives sous-maxillaires qui ont toujours été considérées comme des lésions scrofulo-tuberculeuses. Quand j'ai vu l'enfant pour la première fois, il n'y avait plus que des cicatrices et j'ai toujours pensé qu'il s'était bien agi de lésions bacillaires locales, exclusivement dermiques. Cette enfant est devenue une jeune femme de 25 ans aujourd'hui, qui a accouché l'an dernier d'un enfant bien portant.

Le deuxième enfant est un fils de 23 ans que j'ai traité depuis 2 ans pour une syphilis acquise des moins douteuses, mais assez bénigne jusqu'ici (tous ces enfants sont, à part les deux

derniers, venus à 15 mois de distance les uns des autres. La troisième enfant est venue avec une autre jumelle qui est morte de la fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans; il y a des grossesses doubles chez le frère non syphilitique de la mère de tous ces enfants; la gémellarité semble donc ici être familiale.

La troisième enfant, qui fait l'objet de cette observation, est une jeune fille de 20 ans, grande, bien développée, ne portant aucune espèce de tare spécifique apparente, soit aux yeux, au nez, aux oreilles : dents très belles, os lisses et normaux; un peu de névralgies faciales, de dysménorrhée, et quelques douleurs vagues et périostiques des jambes, de temps en temps, attribuées à des douleurs de croissance ou à des douleurs de rhumatisme. Voilà, avec une fièvre typhoïde classique à l'âge de 12 ans, tout le bilan pathologique de cette jeune fille qui a été allaitée par sa mère.

Or, il y a un mois, est survenue brusquement un matin, à la jambe, une large bulle attribuée soit à une brûlure par la boule chaude, soit à une piqure non remarquée. A cette bulle unique de la largeur d'une pièce de 2 francs, donnant lieu à des sensations de cuisson et de douleurs immédiatement périphériques, a succédé une érosion lisse et superficielle, très exactement arrondie qui, de jour en jour, s'est aggravée, creusée, accentuée, devenant une large plaie granuleuse, reposant sur une base dure, superficiellement sphacélique et présentant tous les caractères d'une syphilide tertiaire ulcéro-circinée, véritable gomme nummulaire de la peau, dont le diagnostic a été confirmé sans réserve par notre excellent maître le professeur Fournier.

Cette très intéressante observation nous montre la gomme apparaissant comme manifestation première et unique d'une syphilis héréditaire, qui, jusqu'à l'âge de

20 ans, a gardé le silence le plus complet, ne s'est traduite par aucun symptôme morbide, par aucune manifestation syphilitique d'ordre secondaire.

Age. — A quel âge se produisent ces accidents gommeux? Comme les autres manifestations de l'hérédosyphilis tardive, ils semblent pouvoir se produire à tout âge.

« La syphilis étant une, à tout prendre, c'est toujours la même maladie, qu'elle dérive d'une contamination héréditaire, d'une contagion *in utero* ou d'une contagion après la naissance. Dans toutes les conditions possibles et n'importe son mode originel, elle reste toujours la syphilis et doit comporter en conséquence la même longévité » (A. Fournier). Les échéances de la syphilis sont aussi lointaines dans un cas que dans l'autre. Un adulte qui prend la syphilis à 20 ans ne nous surprend pas lorsque, vingt ans plus tard, il se présente à nous porteur d'une lésion de nature gommeuse, par exemple. L'enfant qui prend la syphilis dans le sein de sa mère et qui, à l'âge de 20 ans, présente un accident gommeux, va-t-il nous surprendre davantage? Il y a là un fait qui nous semble très normal. « Pas d'immunité pour l'enfant, dit le professeur Fournier, pas de privilège en sa faveur. Il est exposé aux mêmes manifestations que l'adulte. Le contraire aurait lieu de nous étonner ».

Aussi les faits de syphilides survenant à une époque déjà lointaine de la naissance n'ont rien qui puisse surprendre. Des observations cliniques de plus en plus nombreuses sont venues confirmer ces données.

Voici un exemple de lésion gommeuse dès l'âge de 2 ans 1/2 :

OBSERVATION II (résumée). — *Syphilis héréditaire tardive*. — GRANCHER. (Gazette médicale de Paris, 1888, n° 27.)

Enfant de 6 ans. Mère mariée trois fois. A eu 3 enfants. Deux avec des individus sains. Un troisième, le malade en question, avec un individu qui, au moment où l'enfant fut conçu, était soigné au Midi pour des accidents syphilitiques.

Mère contagionnée. Céphalée intense. Chute des cheveux. Cicatrices cutanées au niveau du voile du palais, cicatrice assez étendue, résultat d'une ulcération syphilitique.

Premiers antécédents bons. Né à terme. Marche à 1 an. A 2 ans 1/2 *ulcération gommeuse du voile du palais*.

Actuellement maigre, pâle. Base du nez élargie. Cartilage de la cloison fait défaut. Double kératite. Crâne un peu nati-forme du côté gauche. Voûte palatine ogivale. Porte une cicatrice profonde ovoïde, à grand diamètre antéro-postérieur. Fond bourbillonneux. Bords végétants. Os à nu. Foie volumineux. Rate grosse.

Nous en retrouvons un à plus de 30 ans dans une observation des plus remarquables du professeur Fournier citée quelques pages plus loin.

Mais durant cette longue période de trente années, voyons plus exactement à quel âge la gomme fait son apparition.

Voici ce que nous a fourni à ce point de vue l'analyse des 50 observations publiées dans cette thèse :

3 ^e année.....	1 cas.
4 ^e —	1 —
5 ^e —	0 —
6 ^e —	1 —
7 ^e —	0 —
8 ^e —	2 —
9 ^e —	0 —
10 ^e —	3 —
11 ^e —	1 —
12 ^e —	6 —
13 ^e —	2 —
14 ^e —	3 —
15 ^e —	2 —
16 ^e —	3 —
17 ^e —	2 —
18 ^e —	5 —
16 ^e —	4 —
20 ^e —	3 —
21 ^e —	1 —
22 ^e —	2 —
23 ^e —	1 —
24 ^e —	3 —
25 ^e —	1 —
26 ^e —	0 —
27 ^e —	1 —
28 ^e —	1 —
29 ^e —	0 —
30 ^e —	1 —
Total	50 cas.

Serrant de près cette statistique, nous voyons la gomme présenter, comme les autres manifestations de l'hérédo-syphilis tardive, un *maximum de fréquence qui est nettement entre 10 et 20 ans*. Mais n'est-ce pas précisément dans cette période de dix années que nous subissons certaines perturbations dues à l'évolution sexuelle de notre individu? Et ces perturbations ne semblent-elles pas favoriser l'apparition de ces manifestations?

L'époque de la puberté, par exemple, surtout chez la jeune fille, semble être, de par notre statistique, un moment très favorable à l'éclosion des lésions gommeuses. Comme la névropathie, comme la tuberculose, la syphilis héréditaire a une prédilection marquée pour cette période de la vie.

A 12 ans, en effet, nous trouvons que la gomme s'est présentée 6 fois, chiffre qui a bien son éloquence. Et ces 6 cas se sont produits 1 seule fois seulement chez des jeunes garçons, 5 fois au contraire chez des filles.

A 14 ans, à 16 ans, la jeune fille paie toujours à ces mêmes lésions gommeuses un plus fort tribut que le jeune garçon du même âge.

Citons au hasard deux observations; elles ont trait à des petites filles de 12 et 14 ans.

OBSERVATION III (résumée). — A. FOURNIER. (Annales de dermatologie, 1886.)

Petite fille de 12 ans, née de père et de mère syphilitiques. Malformations dentaires (érosions en cupule, incisives médianes supérieures en tournevis). Polyléthalité des jeunes

dans la famille (6 enfants mort-nés sur 10 grossesses). Exostose maxillaire.

A 12 ans *syphilide gommeuse ulcérée de la lèvre inférieure*. Traitement spécifique. Guérison très rapide.

OBSERVATION IV (inédite). — Due au D^r ED. FOURNIER
chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis.

Victorine S..., 14 ans, est soignée, salle Henri IV, n° 23 bis. Née avant terme, à 7 mois 1/2. Nez effondré dès l'enfance. Cicatrices frontales. Incontinence d'urine jusqu'à 7 ans. Dystrophie intellectuelle. Pas d'antécédents de syphilis acquise. Présente actuellement *deux gommès typiques de la jambe gauche*.

Dents : érosions dentaires très nettes. Sillons dentaires très accusés, profonds.

Yeux : Examen pratiqué par le D^r Schrameck. O. G. Papille à bord interne irrégulier, entourée dans toute sa circonférence d'une teinte ardoisée très nette et très étendue. Dépôt pigmentaire péripapillaire sur le cadran inféro-externe. Veines volumineuses. O. D. Veines volumineuses et sinueuses. Lésions identiques.

Après cet âge, la gomme semble affecter d'une façon à peu près égale, l'un ou l'autre sexe. Nous la retrouvons en effet aussi fréquente, peut-être même plus, chez le jeune homme de 20 ans que chez la femme du même âge. A cet âge, du reste, les manifestations gommeuses diminuent de fréquence.

Après 25 ans, elles deviennent très rares. Barthélemy, dans son livre *Syphilis et santé publique*, cite cependant le cas d'un hérédo-syphilitique de 28 ans, atteint de syphilides gommeuses de la jambe.

Mais n'avons-nous pas d'exemple irréfutable, de manifestations gommeuses, d'origine héréditaire plus tardives encore?

Chez un malade du professeur Fournier, des accidents de syphilis héréditaire, consistant en ulcérations gommeuses de la verge, se sont produits au cours de la trente et unième année.

OBSERVATION V (résumée). — *Accidents de syphilis héréditaire survenus à l'âge de 30 ans. Ulcérations gommeuses de la verge.* — A. FOURNIER. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Paris 1886).

M. X..., âgé de 30 ans, vient me consulter au sujet de lésions qu'il porte à la verge. Il est d'autant plus étonné de ces accidents qu'il n'a eu de rapport depuis longtemps qu'avec une seule femme « dont la conduite lui paraît sûre », et que cette femme s'étant fait examiner ces jours derniers a été « trouvée saine ».

Début il y a trois semaines. Du premier coup d'œil je les reconnais pour des ulcérations gommeuses. Aspect étonnamment caractéristique. Deux occupent la rainure glande-préputiale. Arrondies de contour, profondes de 3 à 4 millimètres, large de 1 centimètre environ. Bords découpés, entaillés à pic dans une aréole de tissus durs, d'un rouge sombre. Fond d'aspect bourbillonneux. Lésion de même aspect au méat urétral, gonflé, qui présente dans l'étendue de 1 centimètre environ une dureté véritablement cartilagineuse. Egalement aréole sombre, bords à pic, fond jaunâtre, putrilagineux. Absence absolue de ganglions dans les deux aînes. Nulle autre manifestation actuelle. Sans hésitation je déclare au malade que ces lésions sont des manifestations tertiaires d'une syphi-

lis plus ou moins ancienne. Tout aussitôt dénégations formelles. Je l'interroge à nouveau. Dénégations absolues. Alors examen complet de la personne du malade. En fin de compte, je suspecte une infection syphilitique héréditaire d'après trois signes que voici :

1° Cophose bilatérale. Le malade a l'oreille dure depuis son enfance. Le Dr Hermet trouva plus tard :

Tympanes altérés : déformé, épaissi d'un côté ; perforé de l'autre : indices de lésions s'étant manifestées dans la première enfance, comme c'est la règle dans la syphilis héréditaire.

2° Antécédents de kératite. Vers l'âge de 15 ans, kératite double. Pendant plusieurs mois, cécité presque complète. Pas de traces appréciables aujourd'hui.

3° Antécédents de lésions osseuses et cutanées. Un des genoux a été le siège, dans l'enfance, d'une lésion des plus graves qui se traduit actuellement par une déformation notable de la région avec brides cicatricielles ; raccourcissement léger du membre, limitation des mouvements et claudication accentuée. Tout le pourtour de l'article est le siège de cicatrices petites, ou très larges, conséquences manifestes ou d'abcès périarticulaire, ou d'ulcérations cutanées probablement spécifiques.

Ces trois signes étaient plus que suffisants pour légitimer le soupçon d'une syphilis héréditaire, et autoriser pratiquement la prescription d'un traitement antisiphilitique, traitement que, d'ailleurs, eût justifié à elle seule la qualité manifestement spécifique des lésions actuelles. Mais le malade me promit une note de son médecin et le lendemain il m'apportait, en effet, une note écrite de laquelle il résultait ceci :

1° Que la mère, au moment où elle était enceinte de lui, avait été affectée de syphilis, syphilis qu'elle avait reçue de

son mari et qui fut constatée par une pléiade de médecins illustres (Ricord, Nélaton, Michon, Alph. Guérin, etc.)

2° Que mon malade avait été de même, peu de temps après sa naissance, affecté de divers accidents syphilitiques, accidents jugés et traités comme tels par ces mêmes médecins ; qu'il s'était développé aussi péniblement que possible ; qu'à l'âge de 2 ans, il avait présenté une lésion du genou gauche, lésion chronique et excessivement grave, avec exostoses, caries, abcès multiples, décollements, fusées, ulcérations périphériques, etc..., tous accidents dont avait fini par triompher un traitement ioduré très longtemps poursuivi.

3° Enfin que la nourrice à laquelle on avait confié l'enfant (mon client actuel) avait été, de par lui, infectée de syphilis.

De tels renseignements confirmaient mon diagnostic. Le traitement fut institué. Ses résultats furent démonstratifs, car les ulcérations gommeuses de la verge qui, le 10 juin étaient étendues, progressives et menaçantes, se modifièrent, sous l'influence de la médication prescrite avec une rapidité significative. En l'espace de quelques jours, elles changèrent absolument d'aspect, se détergèrent, s'amoindrirent, et entrèrent en résolution. Le 21 elles étaient en pleine voie de réparation cicatricielle. Le 2 juillet, deux étaient cicatrisées ; enfin la troisième se fermait quelques jours plus tard.

Rien ne manque en vérité, à cette observation. L'infection héréditaire est surabondamment prouvée. Les caractères objectifs de la lésion et l'action rapidement curative du traitement, démontrent le caractère nettement spécifique des lésions.

Des accidents gommeux existent certainement après cet âge. La syphilis héréditaire peut, comme la syphilis acquise, réaliser des manifestations à très longues échéances. « Mais dans ce cas, l'interrogatoire se heurte à des difficultés presque insurmontables. A de telles distances les souvenirs sont éteints, les commémoratifs bien incertains, souvent anéantis. Nous ne possédons pas encore de faits rigoureusement authentiques d'une syphilis héréditaire au delà d'une trentaine d'années. Mais cela ne prouve rien contre l'existence possible de telles manifestations dans ces périodes avancées de la vie, car l'impossibilité de démontrer un fait ne saurait en rien établir que ce fait n'existe pas et la démonstration, qui nous manque aujourd'hui, un hasard peut-être nous la fournira demain. »

Aussi nous préférons ne pas produire d'observations susceptibles d'objections, quant à la précision des commémoratifs.

Nous venons de voir l'évolution de la puberté, surtout chez la jeune fille, influer sur l'apparition des lésions gommeuses.

Causes occasionnelles. — Diverses modifications générales physiologiques ou pathologiques, subies par l'économie, telle qu'une maladie, nous paraissent pouvoir influencer au même titre.

Dans l'observation d'Etienne et Ganzinotty il, semble exister des rapports évidents entre l'apparition des gommes et le traumatisme.

OBSERVATION VI. (Résumée). — *Hérédo-syphilis maligne ultra tardive, rapport des localisations spécifiques avec le traumatisme.* ETIENNE et GANZINOTTY. — (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1^{er} septembre 1894.)

Jeune fille issue de parents dont la syphilis a été dûment constatée, ayant des frères et des sœurs, atteints d'accidents, non douteux, arrive jusqu'à 16 ans sans avoir eu aucune manifestation héréditaire. Impossible de déceler chez elle la présence d'aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

A ce moment, huit jours après un choc assez violent à la tête (chute d'un vasistas), plusieurs gommès apparaissent à la région atteinte, intéressant les tissus superficiels et l'os.

Trois autres gommès évoluent en même temps au niveau du genou gauche, quelque temps auparavant atteint d'une entorse. Ces accidents cèdent devant un traitement mercuriel et ioduré.

Quelques mois plus tard, la malade se plaint d'une céphalée assez vive; subitement elle est prise de délire avec hallucination, d'une hémiplégie avec aphasie et elle tombe dans le coma. Cet état extrêmement grave s'amende rapidement à la suite de quelques injections de peptonates mercuriques et disparaît sans laisser de traces. Six mois après, deux atteintes d'irido-choroïdite, puis manifestation syphilitique du côté des poumons. Le traitement amène une amélioration extrêmement notable,

Cette observation rentre dans la catégorie des faits étudiés par le professeur Verneuil dans ses Mémoires de chirurgie à l'article : « Syphilis et traumatisme. »

Dans une observation due à Lohéac, des interventions multiples pratiquées sur le coude ont amené l'éclosion, quelque temps après, de gommès multiples sur le même avant-bras.

OBSERVATION VII. (Résumée). — *Manifestation rare de la syphilis héréditaire tardive: Myosite gommeuse disséquante chez un sujet de 18 ans.* LOHÉAC. (Journal des Sciences médicales de Lille, 1897.)

Jeune homme de 18 ans présentant à l'avant-bras droit des ulcérations étendues datant de cinq mois, et rebelles à tous les traitements institués.

La mère a eu 8 enfants dont 6 morts en bas âge.

Malade, toujours chétif ; n'a marché qu'à 18 mois, Coryza ayant duré plusieurs mois. Otorrhée chronique.

En juillet dernier, plusieurs interventions successives pour une affection du coude droit, datant de plusieurs mois. Le diagnostic porté est resté inconnu. Sortie de l'hôpital après deux mois de séjour, avec ankylose à peu près complète du coude.

Un mois après apparition d'abord au niveau du tiers inférieur de la face postérieure de l'avant-bras droit, puis un peu plus haut, de deux ou trois grosseurs. Au début peau normale, mais bientôt ulcérée, laissant échapper par les ouvertures de « mauvaises chairs jaunâtres ». Depuis lors, malgré divers traitements, les ulcérations s'étendent, au point que l'amputation est proposée.

Malade extraordinairement peu développé pour son âge. Quoiqu'il ait 18 ans révolus, à le voir on lui donnerait plutôt 12 ans. Testicules atrophiés. Teint grisâtre, terne. Pas de difformité crânienne. Dentition à peu près régulière. A la face externe de la cuisse gauche, large placard de coloration cuivrée, à contours polycycliques.

A la face postérieure de l'avant-bras droit, vastes ulcérations occupant presque toute la surface du membre. Au tiers inférieur, ulcération, dont le grand axe occupe toute la largeur de

la face postérieure et empiétant même sur la face antérieure de l'avant bras. Bords très élevés, à pic, nullement décollés. Bord externe, très nettement polycyclique. Bord interne assez régulièrement ellipsoïde. Fond de l'ulcère irrégulier, raviné, formé par les muscles et les espaces intermusculaires. Plusieurs saillies à bourgeons exubérants, vestiges de groupes musculaires altérés. Entre ces bourgeons, petites cavités remplies par une matière jaunâtre, molle, assez adhérente, d'aspect bourbillonneux.

A la région olécrânienne, second ulcère moins vaste. Entre les deux, groupe d'ulcérations formé de plusieurs lésions, nettement circulaires.

Traitement mixte. Pansement à l'iodoforme, au Vigo.

Amélioration rapide. En deux mois guérison presque complète. Restait une seule ulcération de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50.

Ces deux observations nous autorisent à penser qu'un traumatisme ou une intervention chirurgicale survenant chez des hérédosyphilitiques, dont la diathèse est à l'état latent depuis une époque plus ou moins éloignée, peut provoquer des accidents gommeux qui occuperont soit la région atteinte (obs. VI), soit un point voisin de cette région (obs. VII).

Voyons maintenant comment ces gommès vont évoluer, quelle en sera la symptomatologie ?

SYMPTOMATOLOGIE

Une gomme du tissu cellulaire se présente sur un sujet hérédo-syphilitique exactement avec les mêmes symptômes et la même évolution qu'une gomme de siège semblable se produisant au cours et par le fait d'une syphilis acquise.

Elle reste toujours la même, avec des caractères nettement identiques dans tous les organes, avec des formes cliniques qui sont celles des mêmes lésions tertiaires dans la syphilis acquise. Quelle meilleure *définition* en donner que celle du professeur Fournier qui l'envisage comme une production syphilitique originellement constituée par une hyperplasie cellulaire, mais qui, au lieu d'être vivace, au lieu de s'organiser sous telle ou telle forme à l'état de lésion vivante et permanente dans l'économie, subit, au contraire, une dégénérescence plus ou moins hâtive pour aboutir à l'état d'un tissu mort, d'un bourbillon, d'une eschare.

Nous envisagerons donc la gomme comme une production éphémère vouée, dès sa naissance, à une mort plus ou moins proche, mais fatale.

Quelle sera l'évolution de cette petite tumeur ? Dure, tout d'abord, arrondie, du volume d'un grain de blé, entourée d'un tissu cellulaire absolument intact, n'oc-

casionnant aucune douleur par elle-même, c'est par hasard souvent que le malade s'apercevra de son existence. Elle est en effet essentiellement aphlegmasique, indolente. Mais elle grossit, devient molle ; la peau qui la recouvre va rougir, s'amincir de plus en plus. Un petit pertuis se forme, la cavité évacue son contenu, pus mal lié, blanc jaunâtre, souvent sanieux, au milieu duquel flottent des détritns organiques et des grumeaux de sphacèle. Quand la cavité est détergée, elle se convertit bientôt en une ulcération profonde, largement ouverte dont la séparation s'opère par affaissement des bords, exhaussement du fond.

Même évolution en conséquence que celle des mêmes tumeurs dans la syphilis acquise, entraînant aussi les mêmes désastres, quand elles siègent dans un organe important.

Nous n'insisterions donc pas si certains points spéciaux ne méritaient de retenir notre attention.

Siège. — La notion Siège d'abord, n'est pas indifférente en l'espèce. Dans notre statistique qui porte sur 50 cas, nous voyons les gommcs affecter la presque totalité des départements cutané et muqueux. Nous les rencontrons en effet, occupant :

Une seule jambe.....	11 fois.
Deux jambes.....	5 —
Cavité bucco-pharyngée....	11 —
Toutes les régions du corps.	4 —
Nez	3 —
Verge.....	3 —

Larynx.....	2	—
Lèvre.....	2	—
Œil.....	2	—
Paupière.....	2	—
Langue.....	2	—
Orbite.....	1	—
Joue.....	1	—
Isthme du gosier.....	1	—
Région mastoïdienne.....	1	—
Seins.....	1	—
Epaule.....	1	—
Bras.....	1	—
Genou.....	1	—
Creux poplité.....	1	—
Fesse.....	1	—
Testicule.....	1	—
Vulve.....	1	—

Mais si ces gommès peuvent siéger à peu près partout, nous les voyons n'affecter les différentes régions du corps qu'avec un degré très inégal de fréquence.

Elles sont très rares aux testicules, aux seins, aux bras. Elles semblent exceptionnelles à la paume des mains, à la plante des pieds ; nous n'en avons rencontré du moins aucun exemple. Mais *il est*, en revanche, *certaines régions, frappées avec une préférence marquée, constituant pour ces tumeurs un véritable siège d'élection, à savoir :*

La jambe. — La cavité bucco-pharyngée.

Les jambes sont affectées 16 fois (11 fois une seule

jambe, 5 fois les deux jambes) sur les 50 cas produits. Si nous précisons davantage le siège, nous voyons ces lésions occuper presque toujours, pour ne pas dire toujours, la région antérieure de la jambe. Elles sont infiniment plus rares sur la face postérieure du membre. Cette fréquence des lésions gommeuses, en un point donné, ne pourrait-elle trouver son explication dans ce fait que, plus découverte, la région antérieure des jambes est aussi plus accessible, plus exposée aux traumatismes de tout genre ? Nous avons, au chapitre d'Étiologie, relaté deux observations où le traumatisme d'une part, de l'autre une intervention chirurgicale, semblent avoir été le point d'appel des lésions gommeuses. Dans le cas présent, cette fréquence des gommes à la région antérieure des jambes nous semble pouvoir être rattachée à la même cause, nous voulons dire au traumatisme.

Mais la *cavité bucco-pharyngée* reste encore un des terrains de prédilection de la syphilis héréditaire tardive. La gomme, en effet, y figure 11 fois dans nos 50 observations. Cette fréquence n'avait pas échappé à Bazin, car nous relevons dans ses leçons sur la syphilis, le passage suivant : « Les affections résultant de la syphilis héréditaire tardive sont représentées par des périostoses, des exostoses ; des altérations des parties molles viennent s'y ajouter : syphilides tuberculo-ulcéreuses, à marche serpigineuse, syphilides gommeuses, etc... C'est ce qu'on observe surtout du côté de la voûte palatine, du voile du palais. »

Chaboux, dans sa thèse de 1875, ne s'attachait-il pas

à démontrer que les pertes de substance de la voûte et du voile du palais peuvent résulter assez fréquemment de la fonte de tumeurs gommeuses imputables à la syphilis héréditaire?

Les lésions gommeuses du nez paraissent moins fréquentes que celles de la cavité bucco-pharyngée, puisqu'elles ne figurent dans notre statistique que pour le chiffre 3. Mais n'ignorons pas qu'en cette région la véritable tumeur gommeuse, en raison de son indolence, passe très souvent inaperçue. La forme ulcéreuse est presque toujours celle à laquelle nous assistons. Rien n'est plus fréquent, d'après le professeur Fournier, que de constater chez les hérédo-syphilitiques, des pertes de substance de septum médian des fosses nasales, constituant de véritables lacunes de communication d'une fosse nasale à celle du côté opposé. Ces perforations, se produisant et persistant sans douleur, sont le plus souvent ignorées des malades qu'on étonne fort en leur apprenant qu'ils ont la cloison du nez perforée de part en part. Ces pertes de substance sont la conséquence de véritables tumeurs gommeuses à la formation desquelles nous n'assistons pas, mais qui n'en préparent pas moins les ulcérations, les effondrements, les lésions graves du nez. Convenons donc, en vérité, que « la vérole aime le nez. »

Le professeur Fournier a rencontré la syphilis héréditaire tardive du nez 26 fois sur 212 cas. Spillmann affirme que chez les Arabes rien n'est plus fréquent.

Ces lésions gommeuses peuvent être des lésions d'ostéo-périostite gommeuse, localisées au plancher des

fosses nasales ou à la racine du dos du nez. Elles peuvent, plus simplement, affecter l'aile du nez. Mais le plus souvent, ces mêmes lésions ne se limitent pas exclusivement à la muqueuse nasale. Elles ont vite fait d'étendre leur processus et de s'attaquer à la charpente même du nez, aux os et aux cartilages. La cloison est le *locus minoris resistentiæ* par excellence.

Ayant signalé ces trois principaux foyers des gomes dans l'hérédo-syphilis tardive, ne nous arrêtons ni à leurs différentes variétés de configuration, ni à leurs différences de volume. Il n'y a rien de spécial à noter dans le cas particulier. Comme dans la syphilis acquise, la grosseur de la gomme est en moyenne celle d'une petite noix. Dans l'observation de de Saint-Germain, citée plus loin, les gomes atteignent cependant le volume d'un petit œuf de poule, grosseur dépassant déjà la moyenne.

Nombre. — Du côté des variétés de nombre, rien que de commun avec la syphilis acquise. La gomme unique est la plus fréquente. On la rencontre dans plus de la moitié des cas. Dans les trois observations qui suivent, elle s'est présentée à l'état de tumeur isolée, au pharynx, au testicule et à la verge.

OBSERVATION VIII (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Gomme du pharynx.* — CHEMINADE. (Annales de Dermatologie, 1889.

Alex. B..., 27 ans, a l'apparence chétive, la taille au-dessous de la moyenne. Peau grisâtre terreuse, front saillant, nez aplati et retroussé ; sur la cornée, taches de néphélion. Inci-

sives un peu échancrées, analogues au type décrit par Hutchinson. Il semble qu'on y a donné un coup d'ongle.

Pas de traces de syphilis communiquée. Rien de suspect à la peau. En 1884, hydarthrose. En octobre 1886, la luette commence à s'ulcérer. L'ulcération a la forme d'un arc de cercle, et se manifeste d'abord sur la face antérieure. S'élimine peu à peu. Voile du palais se perforé. Liquides avalés reviennent par le nez. Traitement mixte.

En 1887, le malade ne se soigne pas. Le 2 février 1888, épидidymite blennorrhagique. On voit au miroir, sur la face postérieure du pharynx, une ulcération du diamètre d'une pièce de dix centimes, qui remonte du côté des fosses nasales et descend jusqu'au niveau de l'épiglotté. Aspect jaunâtre, bourbillonneux de l'ulcération. Crachats gluants, renferment des fibres conjonctives et des globulés purulents.

Traitement : 3, 4, 5 grammes d'iodure *pro dte*.

Le 1^{er} avril, le malade est dans un état satisfaisant.

OBSERVATION IX (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Gomme du testicule droit*. — BOGDAN (de Jassy). (Annales de Dermatologie, 1893.)

F... (Jean), 16 ans, laboureur, sans antécédent vénérien, mais fils de syphilitique, voit depuis deux à trois mois son testicule droit grossir sensiblement ; douleurs lancinantes. Apparition d'un bouton de la grosseur d'une fève, à la partie antéro-interne du scrotum, et à droite. Le testicule devient très dur ; le bouton creva, et il en sortit du liquide séro-purulent. Le testicule diminua de volume ; devint plus petit que l'autre, mais resta dur. Quelques jours après, sur les avant-bras et les cuisses, éruption de boutons qui vont laisser des cicatrices, indolores, réniformes, couleur jambonnée.

Le testicule droit, de la grosseur d'une noix de moyenne

dimension, dur comme du bois, indolore à la pression, sans changement de coloration de la peau, présente à sa partie antéro-interne, près du raphé médian, une tumeur de la grosseur d'une très grosse noisette, tumeur mollassse, semi-fluctuante, rouge, qui paraît accolée sur le testicule, sur lequel elle fait relief. Les jours suivants, cette tumeur, presque indolente, s'étend en largeur, s'aplatit à son centre, se ramollit et laisse écouler une matière semi-liquide, blanc-jaunâtre, matière analogue en tous points aux sécrétions gommeuses.

Maintenant, la tumeur a atteint les dimensions d'une pièce de 1 franc; elle est plus aplatie, blanc-jaunâtre au centre, rouge à la périphérie. On retire de son milieu, avec la pince, quelques parcelles de tissu gommeux. Le testicule apparaît à nu avec une légère perte de substance.

Pansement à l'iodoforme. Iodure de potassium à l'intérieur, Douze jours après, la gomme est presque cicatrisée.

OBSERVATION X (Inédite). Due au Dr ED. FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — *Effondrement du nez. Syphilide gommeuse chancriforme de la verge : hérédo-syphilis tardive.*

François V..., 24 ans. Père non examiné. La mère a eu 6 enfants morts en bas âge, 2 fausses couches, 4 enfants vivants, 2 non vus, 2 dystrophiés, dont celui qui fait l'objet de cette observation.

Enfance très chétive. A marché et parlé à 18 mois. A 7 ans maux d'yeux dont il reste une cataracte à l'œil gauche. A 13 ans, le nez était normalement constitué. Il s'est effondré en l'espace de trois à quatre mois. A 18 ans soigné par le Dr Marchand, d'une volumineuse arthrite du genou, qui a disparu en deux mois sous l'influence du sirop de Gibert.

A 19 ans, soigné par le Dr Nélaton d'une orchite avec épanchement vaginal qui a guéri en un mois avec l'iodure.

Actuellement, syphilide gommeuse chancriforme de la verge. C'est la seconde depuis deux mois. La première est cicatrisée.

Dents présentant des érosions et des sillons sur les incisives médianes supérieures.

Ouïe : Très diminuée à gauche. Le pavillon de cette oreille est malformé.

Yeux : Désorganisation complète des membranes profondes de l'œil. Papille petite, grisâtre. Plaques d'atrophie choroïdienne péripapillaire (Antonelli).

Il est plus rare déjà de trouver plusieurs lésions gommeuses sur le même sujet, quoique le fait soit d'observation assez courante.

Dans un cas de Brocq, deux de ces lésions siégeaient à la langue.

OBSERVATION XI (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Gommès de la langue.* — BROCC. (Annales de Dermatologie, 1883.)

Jeune homme de 24 ans, n'ayant eu rien de suspect en tant que syphilis acquise, entre en janvier 1883 à l'hôpital Saint-Louis, service du professeur Fournier.

Père incontestablement syphilitique, soigné au Midi par le Dr Puche. Mère traitée pour des accidents syphilitiques également.

Un mois après la naissance du malade, plaques muqueuses à l'anus et à la bouche. Bains de sublimé.

Actuellement, au niveau du V lingual, ulcération ovoïde à grand axe longitudinal de 2 cent. 1/2 de longueur environ

sur 1 centimètre de largeur et 1 cent. 1/2 de profondeur. Bords très indurés, rouges, saillants de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse, taillés à pic, formant de petits demi-cercles à convexité tournée vers la cavité, et à la réunion desquels se trouve une fissure assez profonde, intéressant le tissu lingual périphérique. Fond jaunâtre, bourbilleux. L'extrémité tout entière de l'index pénètre facilement dans cette cavité qui se prolonge en arrière dans une étendue de près de 3 centimètres, entourée de tissus lardacés, indurés.

Au milieu de cette induration, deuxième ulcération offrant les mêmes caractères que la première, mais plus arrondie, moins profonde, volume d'une noisette, bords rouges, saillants, taillés à pic.

On détache par le pinceau des lambeaux de sphacèle gommeux.

Pas de signes dentaires.

Du côté de l'appareil pulmonaire, léger retentissement de la voix. Pas de râles.

Le professeur Fournier porte le diagnostic de gommes syphilitiques de la base de la langue.

Traitement : Cautérisation quotidienne à la teinture d'iode. 3 grammes d'iodure portés à 4 grammes au bout de 8 jours.

Trois semaines après son entrée, ulcérations tout à fait comblées. Légère induration persiste.

Dans le cas suivant, une lésion avait pour siège le sein, l'autre la fesse.

OBSERVATION XII (Inédite). — Due au D^r ED. FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. *Syphillide gommeuse chancriforme du sein et de la fesse. Hérédo-syphilis tardive.*

Marie P..., 20 ans, fille d'une mère alcoolique qui a eu

2 grossesses, une fausse couche et la malade, et qui s'est suicidée. Père inconnu.

Enfance chétive. Marche à 2 ans. Parle à 4 ans. Mal réglée. Petite, mal développée.

Voûte palatine très ogivale.

Erosions dentaires en sillons, très accusées sur les incisives et les canines. Une incisive supérieure porte une échancrure d'Hutchinson. Une autre incisive est tombée spontanément, non gâtée.

Edentation très marquée, Hyperostose volumineuse de la clavicule gauche. Tibias énormes, légèrement incurvés.

Porte actuellement au sein une syphilide gommeuse chancreiforme, prise d'abord pour un chancre. Lésion semblable à la fesse.

L'iodure guérit très rapidement ces deux lésions.

L'observation de Freund nous montre des gommès multiples, localisées aux deux jambes.

OBSERVATION XIII (Résumée). — FREUND. (Annales de Dermatologie, 1898).

Garçon de 6 ans atteint de gommès de la peau des deux jambes. Sur le bord rouge des lèvres nombreuses cicatrices radiées.

Otite moyenne et rhinite purulente.

Onyxis à un doigt. Pas de lésions caractéristiques de l'héredo-syphilis du côté des yeux ou des dents.

Mère infectée en 1888. Ensuite avortement, puis naissance d'un enfant qui mourut à 2 mois.

L'enfant actuel est venu au monde avec un coryza. A 3 semaines, infiltration rhagadiforme diffuse des lèvres et exanthème papuleux du tronc.

Leloir et Perrin nous présentent un cas où les lésions sont plus disséminées encore. Après avoir atteint les tibias et les côtes, elles ont pris pour point d'élection : la langue, le voile du palais, la lèvre inférieure, la face interne de la joue gauche.

OBSERVATION XIV (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Périostoses gommeuses des tibias, des côtes. Gomme de la langue. Destruction de la luette. Ulcération gommeuse à tendance phagédénique de la lèvre et de la face interne de la joue gauche. Guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.* LELOIR et PERRIN. (Annales de Dermatologie, 1883.)

Charles M., 18 ans, a des antécédents héréditaires peu nets. Etant en nourrice, il aurait eu des glandes, des gros-seurs au cou et des abcès sur la poitrine. A 12 ans, il aurait eu des lésions ulcéreuses et osseuses de la jambe droite, pour lesquelles on lui prescrivit de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue. A 13 ans, il vint à Saint-Louis pour un mal de gorge : on lui ordonna de l'iodure de potassium. Le mal disparut au bout de 2 mois.

Depuis 2 mois il a mal à la lèvre et à la bouche.

Etat actuel : Développement du nez assez incomplet. Peau terreuse. Deux cicatrices larges comme une pièce de 20 sous, blanches, déprimées et un peu gaufrées en dedans du mamelon droit.

Au niveau du tibia droit, qui, dans un tiers moyen est légèrement hypérostosé, bosselé, irrégulier, on trouve des cicatrices blanches, irrégulières, variant entre le diamètre d'une pièce de 5 francs et une de 50 centimes et adhérent à l'os.

La luette a complètement disparu et le pilier antérieur gauche est légèrement échancré.

La langue, au niveau de son tiers antérieur et à la partie médiane, présente une dépression assez profonde, d'une disposition irrégulière et entourée de bords lobulés et indurés.

La lèvre inférieure, surtout à gauche, est fortement tuméfiée et légèrement indurée.

Elle est recouverte au niveau de son bord libre par une croûte brunâtre, adhérente.

Au niveau de la moitié gauche de la joue, ulcération profonde à bords irréguliers, plutôt taillés à pic, légèrement décollés sur une étendue de 2 mill., à fond putrilagineux.

Au niveau de la face interne de la joue gauche, à 1 cent. en arrière de la commissure et au niveau des molaires, l'ulcération précédente se continue, mais pour s'élargir, s'approfondir encore, s'étendre jusqu'au repli gingivo-buccal, atteindre la largeur d'une pièce de 2 francs et présenter un fond assez irrégulier, grisâtre, putrilagineux, au fond duquel on voit le muscle et entouré par des bords taillés à pic, adhérents, légèrement décollés cependant au niveau de la partie supérieure.

Ulcération indolente. Ganglions sous-maxillaires non douloureux.

Les deux incisives médianes supérieures sont très légèrement échancrées.

En 4 semaines, guérison par l'iodure de potassium.

Formes. — Les 4 observations précédentes relèvent de la forme discrète des lésions gommeuses.

Quand ces productions morbides pullulent sur tout le corps, ce qui est plus rare, elles revêtent la forme confluyente. Sur nos 50 observations, nous n'avons trouvé

cette forme que 4 fois seulement (obs. XLVII, XLVIII et XVIII). Le 4^e exemple est emprunté à Leloir et Perrin.

OBSERVATION XV (Résumée). — *Gommes cutanées et sous-cutanées revêtant la forme confluyente.* LÉLOIR et PERRIN. (Annales de Dermatologie, 1883).

Négresse de 19 ans. Sa mère a eu 9 enfants dont 4 seulement restent vivants. Elle est petite, chétive, au nez écrasé, épaté à sa racine, aux seins nullement développés. Taie à la partie centrale de la cornée droite. 3 incisives avec crênelures très accusées. Membres grêles et amaigris. Pas de poils au pubis. Intelligence très bornée. Non encore réglée.

Sur le corps cicatrices blanchâtres, sur lesquelles elle ne peut fournir aucun renseignement.

Vulve : Présence de la membrane hymen.

Trois ulcérations prises en ville pour des chancres simples. Ces ulcérations occupent surtout les grandes lèvres. Elles sont inégales comme étendue. Les deux plus larges mesurent le diamètre d'une pièce de 2 francs. Toutes présentent comme caractères communs une forme arrondie, une excavation notable (2 à 3 millimètres de profondeur), des bords adhérents et taillés à pic, un fond grisâtre ou gris jaunâtre, pultacé, bourbillonneux, une aréole violacée, une indolence presque absolue. Pas d'ulcérations secondaires, de chancres nains, de folliculites chancreuses. Rien à l'anus. M. Fournier porte le diagnostic de gommes ulcérées. L'inoculation faite au bras donne des résultats négatifs.

La malade affirme n'avoir jamais subi la moindre approche vénérienne, même incomplète.

Comme accidents contemporains, sur chaque jambe, très

nombreuses petites tumeurs cutanées et sous-cutanées, du volume d'une grosse lentille, qui ne sont rien autre que des gommès. Au tiers inférieur du mollet droit, à la partie postérieure, la peau présente une teinte d'un brun violacé sur la largeur d'une pièce de 5 francs. On éprouve en la palpant la sensation d'une induration parfaitement caractéristique.

A la partie inférieure du mollet gauche, induration étalée, diffuse.

Tibia gauche hypertrophié et rugueux.

A la face interne des cuisses, à droite et à gauche, une ou deux nodosités.

Au milieu de l'avant-bras gauche, trois saillies appréciables à la vue.

Sous l'influence de l'iode, cette jeune fille de 19 ans, qui n'avait jamais été réglée, voit ses règles apparaître pour la première fois, sans douleurs, ni malaise et en quelques semaines toutes ses tumeurs gommeuses disparaissent sans laisser de vestiges.

C'est bien là une forme confluyente, la malade étant criblée, pour ainsi dire, de tumeurs gommeuses, et ce, sur des points très nombreux du corps : vulve, bras, jambes, mollets, cuisses.

Début. — Ces différentes notions étant exposées, comment vont naître les lésions gommeuses.

Exceptionnellement le début sera brusque (Obs. 1).

Le plus souvent, presque toujours, il est insidieux. Il est particulièrement insidieux dans les *lésions nasales*. Elles passent très souvent inaperçues pour un temps plus ou moins long. Elles n'éveillent pas d'inquiétudes parce que les symptômes du mal qui se pré-

pare sont légers, insignifiants, incompris de l'entourage. Mais tout à coup des accidents graves surviennent; le nez s'effondre, le palais se perfore et quand le médecin est consulté, il est déjà trop tard; les os, les cartilages sont attaqués, nécrosés. Une lésion grave, irréparable, s'est accomplie. C'est l'insidiosité du début qui fait le danger de ces lésions.

Au voile du palais, le début est également si insidieux qu'il est rarement observé. Le plus souvent les malades accusent une certaine gêne dans la gorge, mais ils n'ont pas de douleurs sérieuses, pas de dysphagie. La gomme se développe sans bruit, sans fracas. Elle passe inaperçue, parce qu'elle est indolente et ne fait pas de saillie appréciable. Aussi n'est-ce qu'au stade ulcératif, que nous aurons le plus souvent l'occasion de l'observer. A ce moment des perforations, des destructions du voile du palais, des lésions graves, souvent irréparables, se sont peut-être déjà produites.

Les deux observations qui suivent viennent à l'appui de ces données.

OBSERVATION XVI (personnelle). — *Destruction du voile du palais par lésion gommeuse chez un syphilitique héréditaire.* (Recueillie dans le service du professeur Fournier).

Julien C..., entre salle Saint-Louis n° 20 bis le 25 décembre 1900. Il est âgé de 15 ans 1/2. L'interrogatoire nous apprend que sa mère est morte d'une affection indéterminée après avoir eu 6 grossesses se décomposant de la façon suivante :

Une fausse couche ;

2 enfants morts en bas âge ;

3 enfants vivants : (une fille ayant actuellement 30 ans, mère de 2 enfants vivants, mais dont l'un est un prématuré) ;

Une seconde fille sur laquelle il n'est fourni aucun renseignement.

Et un troisième notre jeune malade.

Le père, à la mort de sa femme, contracte une seconde union, d'où sont nés 2 enfants en bonne santé.

Les antécédents du jeune malade relatifs à sa première enfance sont peu nets. Mais il ignore à quel âge il a marché, à quel âge il a parlé.

Son enfance a été très chétive. La croissance s'est faite très lentement ; il s'est très mal développé et quoique sur le point d'atteindre sa 16^e année, il donne l'impression d'un enfant de 10 ans. Ses testicules sont très petits. Nulle part trace d'hydrarthrose, d'hyperostose, d'exostose.

Le nez est écrasé de base.

Les oreilles sont grossières, malformées. L'oreille gauche a coulé pendant longtemps. L'ouïe est défectueuse, et les bourdonnements d'oreille fréquents. Les dents sont très courtes, usées, et les incisives légèrement échancrées ont une analogie avec le type décrit par Hutchinson. Mais il n'y a pas d'édentation.

Du côté des yeux, les pupilles sont normales, elles réagissent bien. L'œil gauche, d'après le malade, aurait présenté une taie qui a disparu sous l'influence du traitement.

L'examen du fond de l'œil pratiqué par le Dr Schrameck a révélé à l'œil droit une papille à bords supéro-externe et interne flous avec dépôt pigmentaire péri-papillaire dans le segment inférieur de la papille. Les veines sont très volumineuses et sinueuses. Absence de pigment vers l'ora serrata.

A l'œil gauche les bords de la papille sont encore plus flous qu'à droite. Pas de dépôt pigmentaire péri-papillaire. Veines volumineuses et sinueuses. Absence de pigment dans la région de l'ora serrata.

L'intelligence de l'enfant est à peu près normale. Il sait lire, écrire, compter comme un enfant de son âge.

L'examen de l'appareil pulmonaire n'a rien révélé que de normal. L'enfant n'est pas suspect de bacillose, n'ayant jamais eu d'amaigrissement rapide, d'abcès froid, de crachements de sang.

Rien dans tous ces antécédents ne nous autorise à croire à une syphilis acquise. Pas de trace de chancre à la verge ou à l'anus. Pas de boutons. Pas de cicatrices sur le corps. Rien de suspect à la peau. Tout concorde, au contraire (antécédents héréditaires et surtout personnels) à incriminer une tare : l'hérédo-syphilis. Le début, la marche, la terminaison de l'affection qui amène le malade à l'hôpital en donneront, nous l'espérons, une démonstration suffisante.

Nous n'avons pas assisté à ce début. Il remonte à deux ou trois ans environ. A cette époque, le jeune malade est resté durant deux mois à l'Enfant-Jésus. Il avait alors 13 ans 1/2. Un abcès, nous raconte-t-il, lui serait survenu dans la gorge, mais sans douleur, sans troubles fonctionnels sérieux. La luette aurait commencé à s'ulcérer à ce moment ; par les progrès du mal, elle se serait éliminée peu à peu. Puis, comme il arrive en pareille circonstance, le voile du palais s'est à son tour perforé, ulcéré, puis détruit ; mais tout cela rapidement, très rapidement, car, tout d'un coup, soudainement, les aliments et surtout les liquides introduits dans la bouche se sont mis à être rejetés, presque en totalité, par le nez. La voix a complètement changé de timbre, elle est devenue nasillarde, nasonnée, confuse. Dès ce moment le malade fut soumis aux

frictions mercurielles : au bout de 2 mois, il quittait l'hôpital, amélioré surtout fonctionnellement.

Ce départ de l'hôpital équivalait à une cessation de traitement. En effet, jusqu'en décembre dernier, aucune médication n'a été suivie. L'enfant travaillait dans un atelier qu'il n'a quitté que pour venir réclamer à nouveau des soins à l'hôpital.

C'est parce qu'il a, dit-il, de gros crachats verdâtres, qu'il rejette par le nez ses aliments liquides ou solides, et ce, depuis quelques jours ; c'est parce qu'il a l'ouïe défectueuse et qu'il a toujours sa voix nasillarde qu'il se décide à entrer à l'hôpital,

A l'ouverture de la bouche, on aperçoit sans difficulté un voile palatin presque entièrement détruit, une large échan-crurè siège à peu près symétriquement sur la ligne médiane. Les bords se sont épaissis en certains points, mais ulcérés en d'autres. Leur couleur est d'un rose vif. La mutilation a porté sur les $\frac{3}{4}$ environ du voile palatin. La destruction de la luette est complète.

Sur la face postérieure du pharynx, on aperçoit une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes. L'aspect en est jaunâtre. Toute cette paroi postérieure du pharynx est recouverte d'un enduit muco-purulent, épais, visqueux, adhérent.

Le malade fut soumis de suite à un traitement ioduré qu'on porte d'emblée à 2 grammes par jour.

En l'espace de quelques jours, l'aspect de la gorge s'est modifié.

Au bout de plusieurs semaines, toute trace d'ulcération avait disparu sur le pharynx, auquel n'adhèrent plus que quelques crachats visqueux.

Bientôt après, la perte de substance se rétrécit, ses lèvres se rapprochent, deviennent résistantes, avec des bords nette-

ment accentués, parfaitement définis. La perte de substance est donc bien définitivement constituée. Parallèlement à cette amélioration, les troubles fonctionnels se sont atténués. L'ouïe s'est améliorée. La déglutition a fini par s'effectuer dans de meilleures conditions et, en prenant certaines précautions, les liquides ne refluent plus par le nez d'une façon constante. Les aliments solides sont absorbés sans grande difficulté. La voix nasillarde seule persiste.

C'est en cet état que le malade quitte l'hôpital le 25 avril 1901.

OBSERVATION XVII. (Résumée). — *Lésion gommeuse du voile palatin. Perforation.* CHABOUD. Thèse de Paris 1875.

Une enfant de 10 ans entre à l'Antiquaille en 1869, pour une kératite double.

Pendant 2 mois, sans aucun profit, elle suit un traitement antiscrofuleux. En janvier 1870, apparaît sur la voûte palatine une petite boule du volume d'une noisette indolore et déterminant seulement un peu de gêne de la déglutition.

Un mois après, cette petite tumeur s'ouvre spontanément et presque aussitôt les boissons refluent par le nez. On constate alors une perforation de la voûte palatine, sur la ligne médiane, et au niveau du bord supérieur. Les ulcérations de la cornée persistent.

Horand apprend que les deux parents étaient syphilitiques avant la naissance de l'enfant.

Un traitement par l'iodure de potassium à doses croissantes amène une guérison complète après élimination d'un sequestre du volume d'un haricot.

Marche. — comment vont évoluer ces lésions gom-

meuses dues à l'hérédo-syphilis? A quelques particularités près, absolument comme les gommes tertiaires de la syphilis acquise.

Leur marche peut être en certains cas rapide, aiguë (obs. I). Elle est le plus souvent lente. L'allure initiale se modifie quelquefois avec le temps. Telle gomme qui grandissait vite, reste plus tard longtemps stationnaire. Telle autre, par contre, qui évoluait avec lenteur, précipite ensuite sa marche, se ramollit et s'ulcère en quelques jours. A côté d'une gomme de petites dimensions, on en peut trouver d'autres plus grosses ; des gommes dures, crues, coexistent avec des gommes demi-molles, molles ou bien ulcérées, ou elles sont accompagnées d'ulcères en voie de cicatrisation ou de cicatrices déjà formées.

Dans l'observation suivante, le même sujet présentait un nombre considérable de gommes qu'on trouvait à toutes leurs périodes. La plupart sont encore à leur période de crudité. D'autres sont déjà ramollies, quelques-unes, arrivées à complète maturité, se sont déjà ouvertes et ont expulsé leur contenu.

OBSERVATION XVIII (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Infantilisme. Fragilité extrême de la charpente osseuse. Fracture de jambe. Fracture spontanée du coude. Suspension du traitement antisyphilitique amenant rapidement l'éclosion de gommes volumineuses.* DE SAINT-GERMAIN. (Annales de Dermatologie, 1890.)

Fillette de 13 ans, à physionomie vieillotte. Cicatrices dans

la région temporale et dans la région frontale gauche. Front très fortement bombé.

Deux incisives médianes assez profondément échancrées. Incisive gauche présente une échancrure très marquée à la partie médiane de son bord libre. La droite en présente deux, une interne plus profonde, et une externe peu accentuée. Dents courtes très espacées les unes des autres.

Cicatrice très déprimée à la partie postérieure du moignon de l'épaule droite. Au-dessous de cette lésion, une seconde.

Jambes fléchies à angle droit sur les cuisses. Genou droit volumineux, déformé. Ulcérations nombreuses. Œdème de la jambe droite.

Jambe gauche couverte d'ulcérations.

Les antécédents héréditaires sont peu nés.

Quant à la malade, elle n'a guère commencé à marcher qu'à 22 mois. Elle n'aurait eu sa première dent qu'à 4 ans ? A ce moment chute sur le genou déterminant une poche purulente qui s'ouvre spontanément. L'enfant, mise dans un appareil inamovible, peut de nouveau marcher, mais en boitant. Apparaissent à nouveau sur les deux jambes des plaies à tendance envahissante. La marche est devenue pénible, les jambes se sont fléchies de plus en plus sur les cuisses.

A son entrée à l'hôpital, frictions d'onguent mercuriel une fois par jour sur les pieds et à la partie inférieure des jambes, 1 gramme d'iodure à l'intérieur. Pansement à la pommade et à la poudre d'aristol. Les plaies se détergent, bourgeonnent avec exubérance. Le traitement mercuriel est admirablement supporté.

Malheureusement, en tombant de la table sur laquelle elle est soumise aux pulvérisations, elle se fracture la jambe droite. A quelques jours de là, pendant son sommeil, elle se

fracture le coude. Envoyée en chirurgie, elle y passe 15 jours pendant lesquels le traitement lui faut défaut. Elle revient couverte de gommes disséminées un peu dans toutes les régions, mais surtout au niveau des membres, volumineuses, grosses en moyenne comme un petit œuf de poule. Un certain nombre, arrivées à complète maturité, s'ouvrent, donnant issue à une grande quantité de pus. Deux, en particulier, suppurent abondamment, l'une au niveau du talon droit, l'autre à la partie postérieure du coude gauche.

A partir de cette période, l'état va s'améliorant, quoique avec une très grande lenteur. Actuellement l'état général est considérablement amélioré, le poids a légèrement augmenté. De 40 livres, il a monté à 46 livres.

Fracture consolidée. Plaies presque cicatrisées. Jambes s'allongent peu à peu, faisant espérer dans l'avenir leur retour à une rectitude approximative.

Dans une autre observation d'Edmond Fournier nous retrouvons des gommes multiples localisées aux membres inférieurs, mais typiques, et à toute période d'évolution.

OBSERVATION XIX (Inédite). — Due au Dr ED. FOURNIER chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — *Lésion gommeuse d'une jambe suivie peu après de gommes multiples des deux jambes. Hérédo-syphilis tardive.*

Renée D..., 18 ans, couturière, entre le 24 mars 1900 à la salle Henri IV, n° 39.

Père mort d'un anévrysme. Mère partie à l'étranger. A eu 19 grossesses, dont 5 fausses couches, 6 enfants morts en bas âge, 8 enfants vivants.

La malade est l'avant-dernier enfant. Enfance très chétive.

Sevrée à 3 ans 1/2. Infantilisme. Maux d'yeux à l'âge de 3 ans. Régée à 10 ans très irrégulièrement. Pas de syphilis acquise.

Dents : Régulières, bien plantées, pas d'érosions. Prognathisme inférieur. Rotation sur l'axe de la deuxième petite molaire inférieure gauche et de la deuxième petite molaire supérieure gauche (Galippe).

Oreilles : Cicatrices sur les deux tympans, signe de perforations anciennes dues à un écoulement (Hermet).

Yeux : O. G. Traces d'anciennes synéchies.

Papille déformée, ovale, à grand axe vertical, à bord interne irrégulier et flou, surtout dans sa partie inférieure. Teinte ardoisée péripapillaire très nette. Veines très volumineuses. Artères pâles et réduites de volume.

O. D. Papille déformée. Bord externe irrégulier. Presque rectiligne. Teinte ardoisée péripapillaire très marquée. Veines volumineuses. Artères réduites de volume. Hypermétropie. Hérédosyphilis certaine (Schrameck).

Au mois d'août dernier, début d'une lésion gommeuse de la jambe.

Actuellement gomme multiples des membres inférieurs, à toutes périodes d'évolution, typiques.

Dans la pratique les lésions gommeuses se présentent le plus souvent au stade ulcératif, avec tous les attributs objectifs par conséquent de l'ulcère gommeux.

OBSERVATION XX (Inédite). — Due au D^r ED. FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — *Syphilide gommeuse en nappe de la jambe. Syphilis héréditaire tardive.*

Charles F..., 17 ans, est soigné salle Saint-Louis, n° 10. Son père vivant, bien portant, n'a pas été vu.

Sa mère, examinée, présente une large perforation du voile du palais, ayant évolué il y a douze ou treize ans et pour laquelle elle a pris de l'iodure.

Elle a eu 5 grossesses dont une fausse couche. Les 4 autres enfants sont vivants. L'aîné est le malade qui fait le sujet de cette observation.

Tout petit, il « tenait dans un mouchoir de poche ». Développement très lent. La marche a été très tardive. Il a parlé très tard et très mal. Jusqu'à l'âge de 12 ans, on ne pouvait le comprendre.

Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 6 ans. Phimosis congénital. Intelligence très peu développée. N'a pu apprendre à lire ni à écrire. Il sait compter, mais mal.

Dents : Les deux incisives médianes supérieures sont des types de dents en tournevis avec petite échancrure médiane.

Yeux : Les pupilles réagissent bien. Papilles grisâtres, pâles, à bords très flous. Pigmentation latérale du fond des deux yeux.

A la jambe gauche cicatrices profondes d'une lésion qui a évolué pendant deux ans.

Actuellement la jambe droite est le siège d'une vaste syphilitide gommeuse typique, parfaitement circulaire. Bords taillés à pic. Fond gommeux. Le tibia est très épaissi.

C'est à ce stade ulcératif, du reste, que les lésions sont si souvent confondues avec les manifestations scrofulieuses et traitées comme telles, question d'un très gros intérêt que nous agiterons au chapitre diagnostique.

Au *Larynx*, les symptômes des lésions gommeuses d'origine hérédo-syphilitique sont ceux qu'on observe dans les mêmes lésions de la syphilis acquise.

Leur marche cependant nous a semblé plus rapide. Peut-être faut-il tenir compte du peu d'attention qu'on apporte à une lésion non suspectée, et aussi de l'insidiosité remarquable de ces lésions.

Un fait digne de remarque consiste dans la coexistence fréquente de ces gomme avec d'autres ulcérations gommeuses du pharynx.

Les trois observations suivantes, empruntées à la *Revue de Laryngologie*, nous montrent toutes trois cette grande fréquence des lésions concomitantes de la gorge : ulcérations gommeuses du voile, cicatrices, brides pharyngiennes, luette détruite, voile déchiré. Et leur auteur, d'ajouter : « Voilà une coexistence de lésions, certainement plus fréquente dans le cas de syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. »

OBSERVATION XXI (Résumée). — CARTAZ. *Revue de Laryngologie*. Paris 1889.)

B. L..., 14 ans 1/2, venue au monde chétive, mais sans trace d'éruption. Vaccinée à 4 semaines. Un mois après, éruption qualifiée d'érysipèle par la mère qui la nourrissait elle-même. Pendant les premières années, kératite à répétitions, puis grosse tumeur de la jambe droite qui fut traitée par des applications d'une pommade « noire » et dont on trouve les traces sous forme d'une cicatrice déprimée de 10 centimètres d'étendue.

Il y a 3 ou 4 ans, surdité de l'oreille droite.

Il y a 18 mois, érysipèle de l'oreille et de la face. Six mois plus tard, réapparition de l'inflammation oculaire, puis à peu près au même moment, douleurs dans la gorge, enrouement avec toux qui n'a pas disparu depuis ce jour.

Réglée il y a seulement un an. Six semaines après, nouvelle apparition des règles, puis cessation absolue. Actuellement kératite interstitielle double avec leucôme.

A l'examen, gomme ulcérée du voile du palais, siégeant à droite, au niveau du sommet du pilier antérieur et du bord libre du voile, de petit volume, enveloppée d'une zone rouge allant jusqu'au delà de la partie médiane du voile.

Amygdales hypertrophiées. Pharyngite chronique. Epiglote volumineuse, d'aspect gris jaunâtre, avec ulcérations petites, mais multiples, sur le bord qui a une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Epiglote rabattue sur le larynx. Toux fréquente, rauque, voix sourde, dyspnée assez marquée.

Dents un peu crênelées.

Pas de traitement local. Sirop de Gibert, une, puis deux cuillerées par jour. En 8 jours, modification très sensible. 15 jours plus tard, gomme à peu près guérie. Epiglote a notablement diminué de volume. Dyspnée et toux ont à peu près disparu, puis finissent par disparaître. Les ulcérations se cicatrisent. La manifestation laryngée est en voie de réparation complète.

OBSERVATION XXII (Résumée). — CARTAZ. (Revue de Laryngologie. Paris 1889.

L. D..., 20 ans, bien développée quoique non encore réglée. Père syphilitique. A 6 semaines, paralysie des bras et des jambes qui a persisté deux mois. Reste une boiterie du côté gauche avec atrophie du membre.

A 14 ans kératite interstitielle double.

Il y a 2 mois, ressent des douleurs de gorge et de l'enchifrènement. Actuellement rhinite chronique, sans ulcérations, mais avec mucosités purulentes abondantes. Pas de perforation de la cloison.

Gomme ulcérée du volume d'une grosse cerise, siégeant sur la partie gauche et près du bord du voile du palais, ayant déchiqueté le bord gauche de la luette. L'ulcération a provoqué la perforation du voile et le bord n'est attaché sur le côté au pilier antérieur que par une languette qui s'est déchirée quelques jours plus tard.

Au larynx l'épiglotte a une coloration rouge sombre, elle est tuméfiée et légèrement ulcérée sur le bord et du côté droit. Cordes vocales rouges, non ulcérées.

Voix nasonnée. Pas de troubles de la déglutition. Pas de gêne respiratoire.

Sirop de Gibert. Une, puis deux cuillerées par jour. Au bout de 8 jours, amélioration très évidente. Infiltration périgommeuse en voie de résolution. Ulcère se déterge. Le malade part.

OBSERVATION XXIII (Résumée). — CARTAZ. (Revue de Laryngologie. Paris 1889).

L. B..., 12 ans 1/2. La mère a eu la syphilis, il y a 15 ans. 4 enfants et 2 fausses couches.

A 1 an, ulcérations aux fesses. Soigné avec la liqueur de Van Swieten.

A 5 ans, gomme de la région parotidienne, puis abcès ganglionnaire du cou.

Il y a 3 mois, conduit à Saint-Louis pour un abcès de la région laryngée, consécutif à une « grosseur » qui remontait à un an. Abcès ouvert. En dehors des cicatrices, traces des anciens abcès, on trouve au-dessous du cartilage cricoïde, une petite plaie bourgeonnante, au fond de laquelle est une fistule communiquant avec le conduit aérien. Mucosités soulevées dans les phases d'inspiration et d'expiration. Cornage

avec tirage sus-sternal et sus-claviculaire. A l'examen laryngoscopique épiglote saine, replis aryténo-épiglottiques présentant un œdème assez considérable, mais sans ulcération. Aspect cachectique.

Iodure de potassium 2 grammes, Frictions mercurielles. 15 jours après l'enfant respire plus librement. Sa voix s'entend mieux, Pas d'accès de suffocation. OEdème moins considérable des replis aryténo-épiglottiques. Vestibule du larynx relativement libre. Corde vocale inférieure droite saine, corde gauche rouge, infiltrée, immobile.

Mais la *lésion gommeuse*, déjà si sujette à des fluctuations, à des variations dans sa marche, *peut être encore influencée par le traitement.*

Besnier a remarqué que « le traitement antisypilitique fait disparaître souvent des gommes qui semblaient prêtes à s'ouvrir, et ce n'est pas une de ses actions les moins étonnantes que ce pouvoir de régression, sur les tumeurs gommeuses ramollies. »

Les observations XV et XLII sont un bel exemple de ce pouvoir de régression du traitement antisypilitique sur les gommes à leur période de ramollissement.

Mais ce traitement agit favorablement à toutes les périodes. Vient-il à être suspendu, des lésions gommeuses en bonne voie de cicatrisation, revêtent à nouveau leur aspect gommeux. Une invasion nouvelle se produit. Joignons à cette suspension du traitement une cause irritative locale, une angine scarlatineuse par exemple, venant se greffer sur une lésion préexistante comme dans l'observation suivante, alors la gomme du voile du palais à peine cicatrisée reçoit de

ce fait un coup de fouet. Elle reparaît avec tous les caractères de l'ulcération gommeuse.

OBSERVATION XXIV (Résumée). — *Ulcération gommeuse mutilante du voile palatin*. DUPRÉ. (France Médicale, 13 mars 1888 (p. 363).

Berthe L..., 12 ans, entre salle Bouvier, lit 12, pour une affection ulcéreuse destructive de la gorge. Aucun renseignement sur la famille.

Enfant petite, mal développée, rabougrie. Teint à coloration jaunâtre, terreuse. Complètement sourde depuis deux ans et demi, surdité déclarée en quelques jours, sans écoulements d'oreille, sans fièvre.

Il y a 3 ans, au dire de la personne qui l'accompagne, elle a été aveugle pendant quelques semaines. En quelques jours elle a recouvré la vue. Ses yeux se sont guéris. Comme traces de son affection, néphélions sur les deux cornées qui permettent le diagnostic rétrospectif de kératite interstitielle double.

Système dentaire irrégulier, mal agencé, fragile.

Triade d'Hutchinson au complet.

Nez aplati, élargi. Déjètement en dehors des os propres dont le relief se reconnaît sous le doigt de chaque côté de la racine du nez, un peu en dessous et au dedans de l'angle interne de l'œil. Déformation nasale datant de 4 mois, avec antécédents d'ozène et effondrement de la charpente nasale supérieure.

Enfant entre à l'hôpital pour sa gorge.

À l'ouverture de la bouche on aperçoit sur le voile du palais, à 12 ou 15 millimètres environ de son insertion osseuse, une perte de substance siégeant à peu près symétriquement sur la ligne médiane, large d'un centimètre environ, s'élargissant, progressivement en bas, d'aspect irrégulier, de contours

déchiquetés : bords épais, abrupts, taillés à pic, frangés, comme bourgeonnants, en certains points, en d'autres, bourbillonneux et ulcérés, couleur rose vif, tranchant sur le ton pâle de la région. Luette à droite, déformée, exulcérée, pendante contre le pilier antérieur droit avec lequel elle semble faire corps.

De chaque côté de la perte de substance, petits îlots à fond déprimé, gris jaunâtre, à contours orbiculaires, paraissant être des ulcérations récentes. Une à droite, une à gauche, une sur la luette. Piliers antérieurs difficilement reconnaissables, à cause de l'infiltration hypertrophique qui les déforme. Amygdale semble augmentée de volume. Un seul pilier postérieur est visible, le droit.

Paroi postérieure du pharynx, rouge, injectée, granuleuse, recouverte en certains points d'un enduit muco-purulent épais et adhérent.

Ulcération datant de trois mois, annoncée brusquement un jour par le rejet des boissons par le nez, et l'altération nasale de la voix. Actuellement en pleine activité, à en juger par l'état des bords rouges, infiltrés, exulcérés par place. Troubles fonctionnels à leur comble. Déglutition très difficile. Voix presque inintelligible.

Traitement : Sirop de Gibert, 3 cuillerées à bouche par jour. Attouchements iodés. Aspect de la gorge se modifie rapidement. Perte de substance se rétrécit, quand la malade prend la scarlatine. Scarlatine régulière, fièvre modérée. Traitement spécifique suspendu. En pleine convalescence, on remarque sur le bord gauche de la perforation et à droite, au point d'attache de la luette, des points jaunâtres, bourbillonneux, cratériformes, d'odeur fétide. *Le processus gommeux sous la double incitation de l'angine scarlatineuse récente et de la cessation du traitement recommençait ses attaques.*

Traitement repris. Points de sphacèle se réparent, bords de l'ulcération se nettoient, se détergent, deviennent roses. Infiltration diminue. Lèvres de la perte de substance se rapprochent. Troubles fonctionnels s'atténuent. Au bout d'un mois voile palatin réparé dans la mesure du possible, mais encore fendu d'avant en arrière dans toute sa hauteur.

La marche des lésions gommeuses d'origine hérédosyphilitique reste la même que dans la syphilis acquise. *Mêmes rechutes, mêmes récurrences*, s'effectuant un même nombre d'années après la première atteinte.

Dans le cas suivant, la récurrence s'est effectuée sur la cicatrice d'une gomme guérie depuis 7 ans.

OBSERVATION XXV (Inédite). — Due au Dr ED.

FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Perforation du voile du palais. Gomme de l'épaule et récurrence, 7 ans après. Syphilis héréditaire tardive.

Louise B..., 25 ans, est soignée salle Henri IV, n° 15. Ses parents non vus seraient bien portants.

Une de ses sœurs, Mathilde, âgée de 30 ans, aurait eu des maux d'yeux prolongés dans l'enfance et, à 10 ans, sur sa jambe droite aurait débuté une gomme qui persista jusqu'à 18 ans, époque à laquelle une guérison rapide est survenue sous l'influence d'un traitement ioduré (en l'espace de 12 jours, dit la malade).

Quant à la malade, Louise B... elle est vierge et ne présente aucune trace de syphilis acquise.

A 16 ans, perforation du voile du palais.

A 18 ans, gomme de l'épaule gauche, vaste cicatrice ayant détruit une partie du deltoïde. On sent la tête humérale direc-

tement sous la peau qui est mince à cet endroit et laisse percevoir toutes les petites rugosités de l'os.

Depuis trois semaines, au centre de la cicatrice, récidue d'une gomme de l'épaule.

Cicatrices périlabiales et cicatrices fessières.

Dents : Dystrophies cuspidiennes. Les deux incisives médianes supérieures sont courtes.

Elles présentent une échancrure d'Hutchinson.

Yeux : Vue presque abolie à gauche.

Dès deux côtés, mais surtout à gauche, restes évidents de kératite parenchymateuse et d'iritis séreuse. Toutes les réactions pupillaires sont supprimées.

Dystrophies pigmentaires du fond de l'œil avec un petit foyer atrophique et pigmentaire d'ancienne chorio-rétinite de l'œil droit. L'hérédosyphilis, de par ces stigmates ophtalmoscopiques, est certaine pour le Dr Antonelli.

Oreilles : L'oreille droite est normale.

Sur le tympan de l'oreille gauche, cicatrices d'écoulement venant de la caisse et datant probablement de la première enfance, car la malade ne se souvient pas que son oreille ait coulé.

Ces *récidives in situ* sont quelquefois tellement *incessantes* qu'apparues dans la jeunesse, elles sont encore en activité dans un âge avancé.

L'observation du professeur Fournier est très probante à cet égard,

OBSERVATION XXVI (Résumée). — A. FOURNIER.
(Annales de Dermatologie, 1896.)

Début des lésions à 11 ans. A 22 ans nouvelle ulcération d'une longue durée. A 32 ans l'ulcération reparait. A 42 ans

jusqu'à l'an dernier alternatives de cicatrisation et d'ulcération des lésions.

Actuellement, à 53 ans, l'ulcération qui amène la *malade* à l'hôpital intéresse tout le tour de la jambe et mesure 28 à 30 cent. dans son plus grand diamètre vertical. Fond bourgeonnant, fongueux, rougeâtre, sur certains points, crémeux et jaunâtre sur d'autres qui prennent un aspect bourbillonneux spécial. On compte 4 de ces foyers bourbillonneux. Bords taillés à pic, remarquablement sinueux, composés de lignes courbes, s'ajoutant bout à bout pour décrire dans leur ensemble un trajet arciforme.

L'iodure de potassium et un repos relatif ont modifié très rapidement l'aspect de l'ulcération. Les points bourbillonneux ont disparu, le fond nettoyé bourgeonne, les bords se rapprochent rapidement, l'étendue de la lésion a notablement diminué.

Les 2 observations précédentes ont trait à des *récidivés in situ* des lésions gommeuses.

Il se peut que, sur le même sujet, à plusieurs années d'intervalle, se produisent des lésions gommeuses ayant pour *siège une même région*.

OBSERVATION XXVII (Inédite). — Due au Dr ED.

FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Ulcères gommeux des jambes. Hérédo-syphilis tardive.

M., 17 ans, entré salle Saint-Louis, n° 36 bis.

Mère syphilitique ayant eu deux enfants. Un enfant mort-né et le malade.

Apparence très chétive. Maux d'yeux persistants ; n'a marché et parlé qu'après 3 ans.

A 10 ans vient à Saint-Louis où l'on constate une kératite

double, une adénopathie cervicale et sous-maxillaire considérables. Cicatrices périlabiales. Aux jambes, des ulcères gommeux.

A 14 ans, vient à Saint-Louis avec des syphilides ulcéreuses des jambes qui guérissent complètement par le traitement.

Depuis cette époque, aucun traitement.

A 17 ans, revient pour des ulcérations gommeuses des jambes, siégeant en un point différent des premières.

Mais ces mêmes lésions gommeuses, se produisant à plusieurs années d'intervalle, peuvent avoir pour siège *des points différents les uns des autres*.

OBSERVATION XXVIII (Inédite). — Due au Dr ED. FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — *Gomme du voile du palais et du pharynx. Syphilide ulcéro-gommeuse de la face. Gomme de la région mastoïdienne.*

Artémise T..., 28 ans, fille d'une mère qui a eu 21 enfants vivants, mais dont 14 sont morts avant l'âge de 18 mois.

A l'âge de 13 ans, gomme du voile du palais et du pharynx. Soignée salle Henri IV. Tibia volumineux.

A 21 ans, vaste syphilide ulcéro-gommeuse de la face, ayant évolué durant 3 ans. Non soignée. A cédé à un traitement ioduré institué au bout de 3 ans. A laissé une vaste cicatrice occupant toute la région parotidienne gauche et droite, de l'angle de la mâchoire à la tempe.

Actuellement gomme de la région mastoïdienne droite ayant débuté il y a un mois.

Dents : vulnérabilité. Absence des canines inférieures. Les

incisives inférieures sont très usées. Excessivement courtes.

Oreille : Rien.

Yeux : Des deux côtés, papilles et vaisseaux normaux. Mais dystrophies pigmentaires de la chorio-rétine sous forme de marbrures, surtout vers l'ora serrata (sénilisme précoce du fond de l'œil) (Antonelli).

A la suite de nombreuses récidives *in situ* des ulcères gommeux, il peut se produire dans certaines régions, les extrémités inférieures, par exemple, de véritables complications, identiques à celles de la syphilis acquise.

Il se développe souvent autour de ces lésions, à leur période ulcéralive, un œdème subaigu qui devient dur et éléphantiasique, donnant aux jambes un aspect véritablement monstrueux.

L'observation XXIX nous édifiera sur ce point :

OBSERVATION XXIX (Résumée).—*Syphilome gommeux avec dégénérescence éléphantiasique Syphilis héréditaire tardive*. ED. FOURNIER. (Bulletin de la Société Française de Dermatologie, 1899.)

Malade de 48 ans. Le début du mal remonte à plus de 20 ans.

A 23 ans, premières ulcérations sur les membres inférieurs; depuis, les ulcérations se sont produites à maintes reprises. Ces ulcérations ont guéri bien des fois en 20 ans, mais toujours pour se reproduire à courte échéance. Elles n'ont jamais plus rapidement guéri, dit le malade, qu'il y a 10 ans, époque à laquelle elles furent traitées par l'iodure dans le service du Dr Besnier.

Vastes ulcérations aux deux jambes. La droite énorme, surtout dans son segment inférieur, rappelle sans exagération le pied de l'éléphant. Au toucher, dureté ligneuse. Téguments considérablement épaissis, collés aux tissus sous-jacents avec lesquels ils forment une seule masse, etc. Aspect vraiment caractéristique, bourbillonneux; jambe criblée de cicatrices orbiculaires, en bouquet, remontant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, très léger état variqueux.

L'iodure amène une modification significative.

Pas de syphilis acquise, hérédité spécifique très probable, lenteur du développement physique. Enfance pénible et malade. Début de la marche à 3 ans 1/2, maux d'yeux très prolongés, érosions dentaires sur les incisives supérieures et inférieures, stigmates oculaires bien accentués, restes évidents de névrite optique papillaire, de dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine dénonçant l'hérédité syphilis d'une façon presque certaine. (Antonelli).

Sur un membre, à ce point œdématisé, couvert de vastes ulcérations, toutes les *complications* sont susceptibles de sévir. Comme dans les ulcères, de quelque nature que ce soit, ces ulcérations sans cesse récidivantes, sont une porte constamment ouverte aux complications inflammatoires : à la lymphangite, à la gangrène, au décollement, aux hémorrhagies même. Mais pour réaliser de telles conditions, il faut que la lésion se développe sur un terrain profondément fatigué, surmené, malpropre, alcoolique, diabétique.

Ce sont là, du reste, toutes complications communes à toutes les plaies en général, et même aux ulcères gomméux de la syphilis acquise.

Dans certains cas, les phénomènes inflammatoires sont réduits au minimum. Si nous nous reportons, en effet, à l'observation XXXII, nous verrons des lésions ulcéro-gommeuses de la jambe datant d'un an et demi, s'accompagnant même de fracture du tibia et ne déterminant cependant aucune complication inflammatoire. A peine un écoulement sanieux, dit l'auteur, la réaction est presque nulle, car grande est la résistance des plaies des indigènes aux infections purulentes en pays kabyle.

Certaines lésions gommeuses peuvent aussi devenir phagédéniques, sans qu'il y ait eu de récidives; elles peuvent simplement ne présenter qu'une *tendance au phagédénisme*, comme dans l'observation suivante.

OBSERVATION XXX (Résumée). — A. FOURNIER.

(Annales de Dermatologie, 1886.)

Petite fille de 13 ans, née de père et de mère syphilitiques, mais n'ayant présenté aucun accident de syphilis dans le jeune âge. Arrêt général du développement physique, infantilisme, taille ridiculement petite; atrophie et rabougrissement de tout l'être.

A 7 ans kératite interstitielle. A 12 ans, lésions osseuses. (Hyperostoses multiples.)

A 13 ans énorme syphilide gommeuse à tendance phagédénique, siégeant sur la face antérieure d'une jambe.

Traitement spécifique; guérison.

Aux membres inférieurs surtout, où elles présentent une vivacité d'allures, qu'elles atteignent rarement

ailleurs, les ulcérations gommeuses peuvent se compliquer de tuméfaction de l'os sous-jacent, de véritable périostite gommeuse, pouvant s'accompagner de phénomènes très douloureux.

OBSERVATION XXXI (Inédite). — Due au D^r Ed. FOURNIER, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — *Ulcère gommeux de la jambe. Périostite gommeuse. Hérédosyphilis tardive.*

Charles D..., 19 ans, garçon de lavoir, salle Saint-Louis, n° 29. Père alcoolique mort d'accidents pulmonaires. Mère vivante, a eu 2 grossesses, 2 enfants vivants.

L'enfance du malade été très chétive. Il a marché tard. A 5 ans, maux d'yeux. La vue de l'œil droit est presque complètement perdue. Taie de la cornée sur les deux yeux. Astigmatisme irrégulier. Myopie. Stigmates rudimentaires de syphilis héréditaire (Antonelli). Ecoulements d'oreille. L'oreille droite est perdue. Erosions linéaires sur les incisives supérieures. Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 6 ans. Depuis lors, jusqu'à 17 ans, vertiges et chutes épileptiques. Varices énormes congénitales de la jambe gauche. *Le tibia sous-jacent est tuméfié, très douloureux; périostite gommeuse.*

Terminaison. — Comment vont se terminer ces tumeurs gommeuses? De la même façon toujours que dans la syphilis acquise.

Par fonte, par résolution, si le traitement intervient à temps (Observations XV, XLII).

Le plus souvent la guérison s'obtiendra, mais avec lenteur, d'une manière incomplète, avec des destructions de tissus, des cicatrices.

Lorsque les gomme ont pour siège les muqueuses et qu'elles arrivent à la période ulcéreuse, les pertes de substance qu'elles déterminent entraînent de graves désordres, la perforation, la destruction partielle ou complète des parties affectées, des réparations cicatricielles, des rétractions de tissus, voire même des rétrécissements.

Au chapitre Pronostic, nous citons une observation du D^r Capart, de Bruxelles, où sont très nettement décrites des lésions de rétrécissement laryngien, trouvées à l'autopsie d'un hérédo-syphilitique.

Si l'ulcère gommeux a pour siège la peau, la réparation, quelquefois très longue, d'autres fois, au contraire, s'effectuant avec une rapidité surprenante quand le traitement intervient, s'obtient par une cicatrice adhérent souvent par le fond avec les aponévroses musculaires ou le périoste. Rien de particulier à noter de ce côté.

Troubles fonctionnels. — Au cours de ces lésions, avons-nous à enregistrer des troubles fonctionnels qui méritent notre attention? Oui; ils méritent d'autant plus de nous arrêter, qu'ils sont nuls ou à peu près dans la plupart des cas; c'est dans cette quasi nullité que réside leur intérêt.

L'observation suivante est caractéristique à cet égard. Elle nous met sous les yeux une gomme, ulcérée depuis plus d'un an, s'accompagnant d'une fracture spontanée du tibia depuis six mois et donnant à peine un écoulement sanieux, n'occasionnant pas de douleur, n'entraînant pas même la marche.

OBSERVATION XXXII (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Gomme ulcérée de la jambe. Fracture spontanée du tibia faisant saillie hors de la plaie depuis six mois, sans réaction sensible chez un Kabyle.*
— RAYNAUD (d'Alger). (Annales de Dermatologie, 1898).

Enfant de 8 ans, présentant sur le devant de la jambe droite une vaste ulcération gommeuse qui s'étend sur une longueur de 10 centimètres sur 5 de large. Tout autour, sur un espace de 2 centimètres, cicatrice blanc rosé, tranchant sur le fond brun du reste des téguments. L'ulcération qui a débuté il y a un an et demi a été un peu améliorée sous l'influence d'un traitement qu'on lui a fait suivre. Au milieu de la plaie, le tibia fait saillie sur une longueur de 5 centimètres. Il y a six mois, cet os s'est brisé spontanément, soit que l'enfant ait fait une chute, ou un mouvement brusque, soit qu'il ait reçu un coup. Le fragment inférieur fait éruption hors de l'ulcération et recouvre totalement le bout supérieur, qui n'est pas recouvert par les bourgeons charnus. L'extrémité de l'os, sur une étendue de 1 centimètre 1/2 seulement noirâtre est légèrement et se nécrose, le reste a un aspect blanc jaunâtre et ne présente à l'œil aucune altération. Sous le bec irrégulièrement brisé de cet os, on voit battre une petite artériole.

Jambe un peu hypertrophiée dans son ensemble. Déformée au niveau de la lésion, léger œdème des malléoles et du cou-de-pied. Forme générale de la jambe en lame de sabre.

A peine un écoulement sanieux. Pas de douleur. Marche difficile, mais enfin marche. Le malade avait fait sans se plaindre une journée de mulet pour venir consulter.

Sur le reste du corps, pas de traces de lésions syphilitiques, mais signes indiscutables de spécificité héréditaire.

Crâne microcéphale, allongé en pain de sucre, voûte palatine en ogive, très prononcée.

Déformations dentaires caractéristiques : Incisives en scie, canines mal plantées, placées obliquement. Dents espacées irrégulièrement, rangée supérieure ne coïncidant nullement avec rangée inférieure.

Des renseignements sur la mère et les autres frères n'ont pu être obtenus. Les consultations se donnent en plein air et les indigènes, très pudiques, ne donnent aucun éclaircissement et ne se laissent pas examiner commodément.

Le malade partit et le traitement mixte ne put être institué.

Dans cette très intéressante observation, malgré de graves lésions, les troubles fonctionnels sont réduits au minimum.

Il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque les lésions siègent au pharynx, par exemple, les douleurs à la déglutition peuvent être plus ou moins vives.

Dans l'observation XVII le malade présentait seulement un peu de gêne de la déglutition.

Dans l'observation suivante, cette gêne est déjà plus accentuée.

OBSERVATION XXXIII (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Perforation du voile du palais. Kératite diffuse. Erosions dentaires. Arrêt du développement général.* — GOULLIoud. (Lyon Médical, 1881. XXXVIII (520-524).

Mère contracte le syphilis d'un nourrisson. A eu auparavant 2 enfants, l'un parfaitement bien portant, l'autre mort à 8 jours. Depuis qu'elle est infectée, elle a eu un troisième

enfant qui vint au monde couvert de boutons et mourut quelques semaines après. Quatrième enfant, même sort. Puis fausse couche de 6 mois. Huit ans environ après l'infection de la mère, naissance de la jeune fille qui fait le sujet de cette observation.

Rien en venant au monde. Un mois et demi après, éruption de boutons sur les cuisses, à la vulve et sur le tronc. A l'âge de 10 mois, disparition de toute éruption, à la suite d'un traitement mixte.

Rien dans l'enfance. A 10 ans, mal aux yeux durant deux ou trois mois et disparaissant sans laisser de trace. Depuis 3 ans jusqu'à 10, presque chaque semaine un accès de fièvre; il y a des marais dans le pays. Menstrues irrégulières. En octobre dernier, enflure des jambes sans cause appréciable durant un mois et demi.

Deux mois après affection kérato-conjonctivale de l'œil gauche avec photophobie, larmolement. Amélioration au bout de quelques mois, mais retour incomplet de la vision.

En juin de cette année, premières douleurs de gorge, cessant, puis reparaissant plus aiguës à la fin d'août. Il n'y a que trois semaines qu'on s'est aperçu de la perforation du voile.

Voile du palais rouge vif, au centre perforation ovalaire dont le grand axe antéro-postérieur a 2 centimètres, et le petit axe 1 centimètre. Bords taillés à pics à contours un peu sinueux. Par cet orifice, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx, couverte de dépôts blanchâtres; luette abaissée et œdématiée. Ganglions sous-maxillaires engorgés. Gêne notable de la déglutition: les liquides reviennent par les fosses nasales. Voix fortement nasonnée et sourde. Ozène.

Sur la cornée gauche, trace d'une kératite superficielle, diffuse. Teinte opaline générale de la cornée.

Lésions dentaires: Les deux incisives médianes supérieures présentent une petite dépression en cupule.

Mais cette gêne peut s'accroître encore. Il peut même, comme le rapporte Mounier, dans trois cas de gomme ulcérée de la paroi pharyngienne supérieure, survenir des douleurs très vives à la déglutition, douleurs méconnues pendant longtemps, parce que le simple examen à l'abaisse-langue ne laissait pas voir l'ulcération.

Mais les troubles fonctionnels ont-ils leur point de départ en dehors de la lésion ? Résultent-ils de la pression que celle-ci exerce sur les organes voisins ? Ils peuvent être des plus accentuées.

Dans l'observation XLIX, une gomme de la bande ventriculaire droite obturait une partie de l'orifice glottique. La toux rauque, quinteuse, très pénible, la respiration difficile, plusieurs accès de suffocation, le cornage constituaient un ensemble de troubles fonctionnels des plus prononcés.

Dans l'observation suivante, des symptômes méningitiques avec convulsions, délire, hallucinations de la vue et de l'ouïe étaient déterminés par une périostite gommeuse de l'orbite.

OBSERVATION XXXIV (Résumée). — *Hérédo-syphilis. Périostite gommeuse de l'orbite, avec symptômes méningitiques.* — BOULENGIER. (Presse médicale belge, septembre 1894).

Enfant de 4 ans, délicate, pâlotte, n'a jamais eu recours au médecin. Trois jours avant que je la vis, céphalalgie frontale, fièvre, douleurs vagues, généralisées.

Convulsions légères s'étaient produites 3 à 4 fois depuis le matin. Dans l'intervalle des accès, délire avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cris, gesticulations. Signes classiques de la méningite. Extrême gravité du cas. Traitement habituel. Le soir aggravation considérable. Malade dans le coma.

Frappé du volume de la paupière supérieure, je constatai une tumeur presque fluctuante sous le bord supérieur de l'orbite, de l'exophtalmie avec strabisme inféro-externe, une immobilité complète et une forte dilatation de la pupille.

Je donnai issue au liquide, un coup de bistouri fit écouler deux cuillerées à café environ d'un pus jaune, lié, phlegmoneux et puis après, particularité à noter, une substance colloïde, gélatineuse, caractéristique des gommes syphilitiques ramollies. Ce fut pour moi une révélation.

J'interrogeai le père sur ses antécédents pathologiques et, après quelques dénégations, il m'avoua avoir contracté il y a 7 ans une syphilis dont il se prétendait absolument guéri. Aucun doute ne pouvait persister.

Traitement local. Injections de subimé à 1/4000. Compresses boriquées. Pansement ouaté.

Traitement mixte : 25 centigrammes d'iodure de potassium, et 5 milligrammes de biiodure d'hydrargyre par jour.

Guérison rapidement obtenue. Le traitement, corroboré par des soins alimentaires et hygiéniques et continué pendant

plusieurs mois, a de plus modifié d'une façon très favorable la constitution débile de l'enfant.

Les troubles fonctionnels, quoique nuls dans la plupart des cas, peuvent donc parfois se manifester par des symptômes qui méritent d'éveiller notre attention.

Avant d'aborder la très grosse question du diagnostic, nous voudrions signaler encore un fait qui s'est présenté dans 2 cas particulièrement intéressants (Obs. XXXII et XVIII).

Nous voulons parler de la coexistence de fractures avec les accidents gommeux de la syphilis héréditaire tardive.

Dans l'observation XXXII, il y a, en effet, fracture. Elle existe, dit Raynaud, d'Alger, depuis 6 mois. Le tibia qui fait saillie sur une longueur de 5 centimètres, s'est brisé spontanément, soit que le sujet (enfant de 8 ans), ait fait une chute ou un mouvement brusque, soit qu'il ait reçu un coup.

La fracture, dans ce cas s'est produite au siège même de l'ulcération gommeuse, ulcération datant de plusieurs mois déjà, en un point très probablement déjà hyperostosé, puisque la forme générale de la jambe est en lame de sabre.

Rien que de normal dans cette observation. Elle rentre dans la série des cas où les lésions osseuses de syphilis héréditaire sont l'origine et la raison de fractures spontanées.

Mais dans l'observation XVIII, il n'y avait pas de lésion osseuse apparente, pas de périostite, l'auteur du moins n'en signale pas. C'est en tombant de la table sur

laquelle elle était soumise à des pulvérisations, que la malade (fillette de 13 ans) se fracture la jambe; et à quelques jours de là, c'est pendant son sommeil qu'elle se fracture le coude. Il n'est nullement question de douleurs osseuses, de gonflement préalable des os.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué. Lui seul eût permis de déceler les altérations du squelette qui ne sont pas signalées ou qui ont passé inaperçues.

Dans cette observation l'apparition des gommes, disséminées, du reste, un peu dans toutes les régions, est postérieure de quelques jours aux deux fractures. L'éclosion des gommes n'est peut-être que sous la dépendance de la cessation du traitement.

N'insistons pas davantage, ayant voulu simplement signaler un fait. Abordons le gros chapitre du diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est ici de la plus haute importance. Il présente un intérêt majeur, au premier chef.

Méconnu, il peut engendrer des désordres irréparables, la perte du nez, voire même l'énucléation d'un œil, comme dans le cas de Nettleship et Fox rapporté au chapitre Pronostic.

Convenablement établi, au contraire, il permet de conserver des organes, un membre, une fonction (obs. VII), de sauver même parfois la vie d'un malade. L'observation (XXXVII) en fait foi. Le danger imminent dans ce cas ne provenait pas de la lésion gommeuse. La jeune femme hérédo-syphilitique qui fait l'objet de l'observation n'en dut pas moins la vie à un traitement promptement établi à la suite d'un diagnostic précoce, qui se confirma plus tard d'une façon éclatante

Ce diagnostic, si capital en l'espèce, puisqu'il pourra faire varier le pronostic dans des proportions considérables, devra donc être établi de bonne heure, toujours au grand profit du malade.

Mais cette question du diagnostic de la syphilis héréditaire tardive est beaucoup plus vaste qu'elle ne semble l'être de prime abord. La maladie doit être reconnue,

en effet, non seulement durant sa période d'activité, mais encore quand l'organisme n'en porte plus que les traces. Quand la diathèse syphilitique en pleine période d'activité s'affirme par quelque accident gommeux menaçant, le diagnostic a certes une très haute importance. Mais la période éteinte de cette diathèse, quoique moins connue, n'en présente pas moins une importance capitale.

Sur quels éléments allons-nous faire reposer le diagnostic dans l'un et l'autre cas.

Sur des éléments très nombreux qu'en trouve quelquefois même assemblés comme à profusion, très caractéristiques, mais qui, plus souvent, sont discrets, se cachent même, demandent, pour être recherchés, la plus grande attention.

Le premier point est d'établir le *diagnostic de la lésion*.

Soyons bref, car nous allons nous baser ici sur des signes objectifs communs aux lésions qui nous occupent, et aux mêmes lésions de la syphilis acquise.

Ce diagnostic repose :

1° Sur les *caractères fournis par l'étude objective de la lésion*.

L'évolution générale de cette petite tumeur indolente, qui se ramollit par degrés, s'ulcère en découvrant, puis en éliminant son bourbillon, puis qui se cicatrise; voilà qui est absolument propre à la gomme de la syphilis.

A la période d'ulcération surtout, la gomme emprunte des éléments diagnostiques de premier ordre aux caractères objectifs qu'elle présente.

La configuration circulaire, l'aspect orbiculaire en arceaux conjugués des lésions, sont de bons signes de spécificité. Mais le fond des ulcérations est le meilleur et le plus sûr attribut objectif de l'ulcère gommeux (A. Fournier). Il est creux, profond, irrégulier, anfractueux, mais surtout bourbillonneux, constitué par un bourbillon charnu ou parsemé seulement des débris de ce bourbillon ou tapissé d'une bouillie crèmeuse et jaunâtre.

Enfin les bords sont nettement, verticalement entaillés, coupés à pic, au milieu de tissus durs, infiltrés, résistants, tissus auxquels ils adhèrent intimement, entourés d'une aréole d'un rouge sombre, foncé, sur une étendue d'un centimètre environ.

Voilà des signes excellents qu'il faut toujours rechercher, étudier, dont il faut tenir grand compte. Leur importance est augmentée, quand les autres signes fournis par le sujet manquent, quand l'enquête n'a rien révélé.

Mais ces signes objectifs sont souvent insuffisants, de nature à laisser le diagnostic en détresse. Ils peuvent manquer, en totalité ou en partie.

L'étude objective seule des lésions ne comporte donc qu'une valeur restreinte. Il faut chercher d'autres éléments. Un des plus importants nous est fourni par le *Critérium thérapeutique*.

Dans certains cas douteux, malgré les dénégations des parents, il faut administrer le traitement. C'est faire ainsi « œuvre de diagnostic ».

L'iodure de potassium, en particulier, est véritable-

ment la médication pierre de touche. Chaque fois qu'il aura sur une lésion gommeuse une action favorable, rapide, constante, la nature syphilitique sera certaine. Ce traitement, en effet, mis en œuvre d'une façon énergique et précoce, aura vite manifesté son influence s'il s'adresse à des lésions de nature spécifique. L'évolution de la gomme sera très nettement enrayée. Alors que toutes les autres médications frappent à faux, n'apportent aucune amélioration, le traitement spécifique, du jour où il est institué, commence la fonte des gommages.

Voilà donc reconnu, prouvé, le caractère nettement spécifique des accidents. Le diagnostic de la nature de la lésion est établi, il en faut maintenant préciser l'origine héréditaire.

De la lésion en elle-même, nous ne pouvons en effet tirer aucun argument, ni favorable, ni contraire à l'origine intra-utérine de la diathèse.

Le diagnostic de l'origine repose : 1° sur les signes fournis par le sujet (stigmates acquis ou natifs et antécédents personnels) ; 2° sur l'enquête menée près de la famille.

1° Signes fournis par le sujet. Ils comprennent :

A. *Les stigmates acquis*, c'est-à-dire ceux qui dérivent d'accidents syphilitiques antérieurs. Ces stigmates constituent quelquefois d'excellents signes révélateurs, de très précieux indices de syphilis héréditaire. Les cicatrices de la peau et des muqueuses, cicatrices polycycliques, en groupes, sont, en effet, très souvent attribuables à la syphilis. Les sièges qu'elles occupent : commissures labiales, nez, région lombo-fessière, cru-

rale postérieure, palais, gorge, devront être tenus en grande considération.

Mais des difformités, des stigmates peuvent être créés ailleurs par la diathèse syphilitique. Le nez, par exemple, est souvent le siège de difformités tenant à l'affaissement de la partie inférieure ou de la partie supérieure de la charpente (nez en lorgnette).

Du côté de l'appareil oculaire, on relève dans les antécédents des phlegmasies oculaires ayant offert les caractères de l'iritis ou de la kératite interstitielle. Cette dernière, en particulier, est dans la grande majorité des cas d'origine hérédosyphilitique. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil révèle souvent des dystrophies pigmentaires de la chorio-rétine, des déformations de la papille, une désorganisation complète des membranes profondes de l'œil (Antonelli).

On retrouve parfois des antécédents d'otite purulente, des perforations du tympan.

Tous ces stigmates se rencontrent sur les sujets hérédosyphilitiques avec une fréquence plus ou moins grande. Les stigmates oculaires, nous ont paru de beaucoup les plus fréquents. Sur 40 cas, nous les avons rencontrés 24 fois, 9 fois seulement nous avons eu à noter des lésions de l'oreille.

Malgré cette fréquence des stigmates acquis, dirons-nous qu'ils sont un signe fidèle, constant, et que leur absence nous met en mesure d'affirmer que la lésion n'est pas d'ordre spécifique? Non. Ils sont, par excellence, éventuels. Ils peuvent être réduits à un véritable minimum. Ils font même, assez fréquemment défaut,

l'influence héréditaire ne se traduisant pas toujours par des stigmates syphilitiques proprement dits. Mais il faut dire que tel dystrophié d'aujourd'hui peut devenir plus tard un syphilitique avéré.

En conséquence les dystrophiés et rien que dystrophiés dans leur prime jeunesse n'en restent pas moins exposés, même à l'âge adulte, à toutes les éventualités de la syphilis héréditaire tardive.

Pouvons-nous, à l'heure actuelle, donner la proportion exacte des syphilitiques ou des dystrophiés que crée la syphilis héréditaire ? Plus exactement, les sujets uniquement dystrophiés sont-ils plus nombreux que ceux frappés par une lésion syphilitique, ou est-ce le contraire ?

Question ardue à résoudre, que nous ne faisons ici que soulever. Des statistiques étendues sur un nombre de cas considérable et serrées de très près pourraient seules nous renseigner. C'est à l'avenir à donner ces résultats.

Ces stigmates acquis, dérivant d'accidents syphilitiques antérieurs, n'en fournissent pas moins, quand ils existent, d'excellent indices.

Viennent-ils à manquer, il faut tourner ses investigations vers

B. *Les stigmates dystrophiques.* Ils sont susceptibles de rendre, dans la pratique, les plus grands services car ils peuvent, exister seuls. Il importe donc de les rechercher avec la plus grande attention.

Lorsqu'ils existent comme à profusion, le diagnostic est singulièrement facilité.

Les sujets touchés par la diathèse hérédo-syphilitique présentent en général un teint plombé, d'un gris sale, presque terreux (Hutchinson). La plupart grandissent lentement, ont une taille petite, des formes grêles, une apparence étriquée. Le front prend souvent un développement énorme. Il devient bombé, élevé, olympien. Le crâne peut présenter des saillies latérales, il peut être élargi transversement, asymétrique, hydrocéphale, natiforme. La voûte palatine est le plus souvent très profonde ; le tibia peut effectuer la forme dite en lame de sabre. Ces sujets marchent, parlent, font leurs dents tardivement. Les poils, les testicules, souvent sclérosés, les seins à l'âge de la puberté, ne prennent aucun essor. Tout est et reste infantile chez ces sujets auxquels on donne 5 ou 6 ans de moins qu'ils n'ont. Leur intelligence souvent bornée confine parfois à l'idiotie et à l'imbécillité.

Du côté de l'appareil dentaire, des stigmates dystrophiques vont fournir de très précieux indices d'une hérédité syphilitique. Quelques-uns d'entre eux (microdontisme, amorphisme, vulnérabilité dentaire) ne constituent pas des signes pathognomoniques de syphilis héréditaire. Ils n'en sont pas moins très propres à en éveiller les soupçons, à ouvrir une piste diagnostique.

La dent en tournevis, l'atrophie du sommet dentaire (notamment de la première molaire), l'érosion dentaire (notamment l'érosion en sillon) ont déjà une signification beaucoup plus précise.

Mais le meilleur stigmate dentaire est fourni par la

dent d'Hutchinson. Le professeur Fournier en fait un élément diagnostique d'une incontestable valeur.

Ces dystrophies dentaires, se rencontrent fréquemment, plus fréquemment, à notre avis, que toute autre dystrophie d'origine hérédosyphilitique. Sur 40 cas, en effet, nous les rencontrons 24 fois.

Elles peuvent exister aussi, associées à des *stigmata* nombreux de dystrophie syphilitique, comme dans l'observation suivante empruntée à la thèse si documentée d'Edmond Fournier.

OBSERVATION XXXV. — EDMOND FOURNIER. (Thèse de Paris 1898, page 355).

Jeune malade de 22 ans, entrée à la clinique de Saint-Louis pour un vaste ulcère de jambe datant de deux ans. Cet ulcère affecte l'étendue de la main environ, il est creux, à configuration en arceaux conjugués, à bords élevés, à fond rouge et semé çà et là de dépôts jaunâtres. Pas de varices.

Aucun antécédent de syphilis acquise.

Aucun antécédent et aucun stigmate de syphilis héréditaire. Père et mère inconnus. Mais plusieurs stigmates dystrophiques : petitesse de taille, infantilisme, retard manifeste de développement ; seins rudimentaires, incisives et canines offrant des sillons transverses ; crâne petit à bosselures frontales.

D'après ce dernier ordre de signes, on suppose une syphilis héréditaire et le traitement est institué en ce sens. Iodure de potassium 3 à 5 grammes par jour, pansements par occlusion au taffetas de Vigo. Bains. Guérison en l'espace de vingt-six jours de cet ulcère dont le début remontait à deux ans.

Elles peuvent n'être accompagnées que de rares stigmates de dystrophie, voire même d'un seul, comme en témoigne cette autre observation.

OBSERVATION XXXVI. — EDMOND FOURNIER. (Thèse de Paris 1898 page 355).

X..., âgé de 24 ans, sujet pâle, anémié, maigre, malingre, offrant l'aspect tuberculeux. Rien aux poumons.

Affecté depuis deux à trois mois d'une large ulcération gutturale qui occupe tout le côté gauche de l'isthme en se prolongeant sur le pharynx; ulcération creuse à bords entaillés, à fond rouge, avec semis de points jaunâtres.

Négation de tout antécédent vénérien et absence de tout stigmate de syphilis acquise. De même absence de tout stigmate acquis d'hérédo-syphilis. Parents éloignés sur lesquels on ne peut obtenir aucun renseignement.

Mais deux stigmates dystrophiques très nets, à savoir : échancrure semi-lunaire d'Hutchinson, sur les deux incisives médianes supérieures et front « olympien ».

Traitement par l'iodure de potassium. Badigeonnages à la teinture d'iode et gargarismes émollients.

Guérison en trois semaines.

Bien plus, elles peuvent exister en l'absence de tout autre stigmate de syphilis.

Dans une observation extrêmement intéressante, communiquée par le Dr Gaucher, la vie d'une malade a pu être sauvée, grâce à ces stigmates dentaires et à ces seuls stigmates.

Quoique ne rentrant pas directement dans notre sujet, nous tenons à reproduire ici ce cas, car le fait

d'avoir posé le diagnostic par les dents seules est capital, et mérite d'être retenu et répandu.

Voici résumée cette très remarquable observation.

OBSERVATION XXXVII (Résumée). — *Apoplexie avec aphasie d'origine hérédo-syphilitique. Stigmata dentaires. Guérison. Lésions gommeuses des jambes un an après.* GAUCHER (Société française de dermatologie. Séance de mai 1901).

Le 14 mars, à 10 heures du soir, entrant dans mon service une femme de 19 ans, hémiplégique et aphasique. Comme elle avait accouché deux mois auparavant, je crus tous d'abord à des accidents emboliques d'origine perpuérale. En dehors de cette cause, la syphilis seule pouvait réaliser par artérite cérébrale le même ensemble symptomatique.

Mais aucun stigmat de syphilis acquise. L'enquête sur l'état pathologique de la famille n'apportait aucun éclaircissement. Une seule raison pouvait faire songer à la syphilis ; l'aspect des dents de la malade. Les dents sont petites, les incisives inférieures sont légèrement érodées, les supérieures sont dentelées, les canines présentent une remarquable atrophie du sommet ; à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, existe un brusque étranglement au-dessus duquel on trouve le cuspide très atrophié et ressemblant à une pointe implantée sur le reste de la dent. Enfin et surtout les quatre premières molaires sont érodées sur leur face triturante. Cette particularité est de beaucoup la plus importante, au point de vue de l'hérédo-syphilis, car les cuspides de ces dents sont les seules qui se calcifient pendant la vie intra-utérine.

Me basant uniquement sur l'état des dents, en l'absence de

tout autre stigmate de syphilis, j'ordonnai le traitement spécifique : frictions et iodure.

Ce traitement attestait son efficacité dès le lendemain. Au bout de quarante-huit heures, le malade articulait quelques mots. Au bout de six semaines, guérison complète.

Nous avons eu cette année une confirmation éclatante du diagnostic. Cette femme est revenue nous voir présentant au côté interne de la jambe droite une ulcération polycyclique, à fond rose vif, à bord violacé, légèrement surélevé, taillé à pic, entouré d'une zone pigmentée large de 3 à 4 centimètres.

Même ulcération à la jambe gauche, au côté interne et externe de la jambe.

Plusieurs cicatrices entourées d'une zone pigmentée qui s'estompe peu à peu pour se confondre avec la peau saine.

Les deux ulcérations absolument indolentes présentent tous les caractères des ulcérations gommeuses et leur existence est véritablement la signature de la syphilis.

Voici donc une malade préservée d'une mort à peu près certaine, grâce à un seul signe : l'altération des dents et en particulier des premières molaires.

Cet ordre de stigmates dystrophiques a donc une importance diagnostique capitale. L'observation précédente nous ayant montré que l'hérédité spécifique peut n'affecter que le seul système dentaire, concluons :

L'examen de la bouche et en particulier des dents demande à être toujours pratiqué et ce, d'une façon très minutieuse quand l'hérédité syphilitique est seulement soupçonnée ou quand on est en présence d'une affection ou d'une lésion de nature inconnue.

Mais ces stigmates dentaires peuvent faire défaut.

De même peuvent faire défaut tous les autres stigmates dystrophiques.

Les deux observations qui suivent vont nous fournir de beaux exemples de cette absence absolue de dystrophies.

OBSERVATION XXXVIII. — *Hérédo-syphilis. Absence de stigmates dystrophiques.* EDMOND FOURNIER. (Thèse de Paris 1898, page 275.)

Une jeune femme de 25 ans, issue de parents syphilitiques, se présente affectée d'une large ulcération gommeuse du voile du palais. On retrouve sur elle deux ordres de stigmates syphilitiques, à savoir : 1° des adhérences et des déformations de l'iris, consécutives à une ophtalmie grave du jeune âge, et 2° des cicatrices cutanées arrondies, en bouquet, vestiges d'une éruption qui remonte à l'enfance. Mais vainement je recherche des stigmates dystrophiques. Les dents sont normales, pas la moindre malformation du crâne ni des membres; taille moyenne et bien prise, peau blanche; aspect agréable du visage, etc., en un mot, rien qui soit de nature à dénoncer une tare héréditaire.

OBSERVATION XXXIX. — *Hérédo-syphilis. Absence de stigmates dystrophiques.* EDMOND FOURNIER. (Thèse de Paris 1898, page 275.)

Un jeune homme entre à l'hôpital Saint-Louis pour des ulcérations gommeuses de la rainure glando-préputiale. On retrouve dans ses antécédents toute une série de raisons en faveur de l'hérédo-syphilis (polymortalité infantile considérable dans la famille; éruptions dans le jeune âge; écoulements d'oreilles, maux d'yeux, etc.). Il présente en outre de

très nombreuses cicatrices (visage, tronc, membres inférieurs), dont l'origine ne saurait rester douteuse. Mais pas le moindre stigmatisme d'ordre dystrophique.

Guérison très rapide par le traitement spécifique.

Seuls existent donc, dans ces deux cas, les stigmates issus de lésions syphilitiques antérieures. Nous y chercherions vainement, de même que dans l'observation I, ce cachet de déchéance, de dégénérescence, auquel échappent rarement les hérédosyphilitiques. Il importe donc de savoir que certains sujets hérédosyphilitiques peuvent ne rappeler par aucune particularité l'objectivité usuelle de l'hérédosyphilis.

Les deux ordres de stigmates concourant au diagnostic de l'hérédosyphilis peuvent donc rester indépendants; mais dans la grande majorité des cas, ils se présentent associés. C'est, du reste, règle générale, par la réunion de plusieurs symptômes considérés ensemble et se confirmant réciproquement que nous pourrions établir le diagnostic de la diathèse syphilitique.

Mais la valeur diagnostique de tous ces stigmates est très inégale.

La dent d'Hutchinson, les stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses, les cicatrices péri-buccales, fournissent des signes d'hérédité spécifique de la plus haute valeur. Des lésions de kératite interstitielle venant à coïncider avec des dents syphilitiques permettront d'affirmer le diagnostic. La déformation du tibia se présentant à côté de manifestations offrant les caractères de la syphilis fourniront des indices suffi-

sants pour formuler le diagnostic. L'atrophie testiculaire, le crâne natiforme présenteront, eux aussi une valeur considérable. Quant aux autres signes fournis par le sujet, ils peuvent s'observer dans d'autres états pathologiques ; aussi ne leur accorderons-nous qu'une importance relative.

Le troisième et dernier ordre de signes fournis par le sujet n'est pas sans intérêt. Il consiste dans les *antécédents personnels du sujet*.

Il n'est pas indifférent en l'espèce de connaître si le malade a été soumis à un traitement hydragyrique à sa naissance ou dans sa première enfance. A-t-il éprouvé des douleurs osseuses ? A-t-il eu des céphalées persistantes ? A-t-il présenté du pemphigus à la plante des pieds où à la paume des mains, des erythèmes des fesses ? A-t-il été atteint d'un coryza tenace, rebelle au traitement, avec écoulement séro-purulent, quelquefois fétide, respiration gênée entraînant parfois avec des difficultés de l'allaitement l'affaiblissement de l'enfant. Autant d'antécédents sur lesquels le médecin devra se documenter.

Mais si, parvenus à ce point de l'examen, aucun élément probant au diagnostic n'a été fourni, il faut recourir à :

2° *L'Enquête sur la famille* : « C'est la dernière et suprême ressource du diagnostic. » (A. Fournier.) Dans la plupart des cas, elle seule peut permettre de reconnaître si la syphilis dont on a observé les manifestations est d'origine héréditaire ou si elle a été contractée dans le jeune âge ; il y a donc nécessité de ne jamais l'omettre.

Elle est indispensable à l'authenticité d'un fait quelconque, et il ne saurait y avoir d'observation irréfutable de syphilis héréditaire sans son contrôle.

Elle peut, du reste, fournir les meilleurs éléments du diagnostic. Lorsqu'elle apprend que le père ou la mère ou les deux avaient contracté la syphilis avant la naissance du sujet soupçonné, elle confirme sans discussion possible le diagnostic que les autres signes avaient fait prévoir.

L'avou, il est vrai, est loin d'être toujours obtenu. Il faut alors rechercher chez le père et la mère des cicatrices accusatrices. Ont-ils subi un traitement? Ont-ils été soignés dans un hôpital de vénériens? Ont-ils pris des pilules, du sirop de Gibert? Ont-ils eu des céphalées de l'alopecie, des éruptions, des plaques muqueuses dans la bouche? Autant de questions qu'il ne faut pas négliger de poser.

Mais *on se heurte souvent dans cet interrogatoire à de grandes difficultés*. Les parents ne sont pas toujours là pour donner ces renseignements. La mère peut ignorer les antécédents de son mari. Bien souvent les renseignements sont obscurs, sans précision. Le mauvais vouloir des parents, leur incurie, leur ignorance, sont des obstacles contre lesquels on se heurte sans cesse. La dissimulation est encore plus à redouter.

Il faudra se persuader que les dénégations même les plus formelles des parents, ne doivent peser aucunement sur l'esprit du clinicien : « Les dénégations les plus obstinées, qu'elles soient sincères ou non, la condition sociale de la famille et ce qu'on est convenu

d'appeler la moralité, qu'il s'agisse du père ou de la mère, tout cela devra vous laisser parfaitement impassibles. en présence d'un cas, où, après un examen attentif, vous aurez reconnu l'existence de la syphilis héréditaire. » (Parrot.)

Les résultats de l'enquête sont-ils négatifs? Ce n'est pas une preuve que les parents n'étaient pas entachés de syphilis. La fréquence des syphilis ignorées, si bizarre que cette affirmation puisse paraître, est bien connue aujourd'hui.

La recherche de la syphilis sur les parents n'a, supposons, donné aucun résultat: il faut faire une nouvelle *enquête sur les autres enfants de la famille.*

Cette enquête est nécessaire. A nouveau il faut rechercher sur les collatéraux les stigmates acquis et dystrophiques, les antécédents personnels. On sera souvent largement récompensé de ce zèle.

L'observation suivante en fait foi.

OBSERVATION XL (Personnelle). — *Ulcères gommeux de la jambe chez une jeune fille de 15 ans, hérédo-syphilitique. Aucun stigmate de syphilis héréditaire sur le sujet. Mais profusion chez un frère de la malade. Traitement spécifique. Guérison.* (Recueillie dans le service du professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis).

Céline D..., âgée de 15 ans, entre le 16 mars 1901, à la salle Henri IV, lit 27.

L'interrogatoire nous apprend que son père est mort. Sa

mère non examinée a eu 7 grossesses dont 5 enfants vivants et deux morts. Sur les 5 vivants, 2 ont été vus.

L'inspection révèle chez le frère de la malade une profusion de stigmates d'hérédo-syphilis. Du côté de l'appareil dentaire, stries très profondes sur les incisives et les canines. La première grosse molaire est en plateau. Il y a de l'inégalité du développement des membres. Le tibia droit est plus court de 2 centimètres. Il y a un pied bot. Le thorax est en entonnoir. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil a fait voir des dépôts pigmentaires suspects.

Mais la malade qui fait le sujet de cette observation ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire. Elle est pâle, frêle, de teinte anémique, mais ne présente rien de suspect à la peau. Interrogée soigneusement, nous n'avons rien trouvé qui nous permît de croire à une syphilis acquise. Elle n'a présenté ni maux d'yeux, ni maux d'oreilles. Elle n'a jamais eu ni boutons, ni éruptions. Elle ne se souvient pas de l'âge où elle a marché et parlé. Son intelligence n'est pas développée, il est vrai, la malade ne sait ni lire, ni écrire, à peine compter, encore se trompe-t-elle dans les opérations les plus simples. Mais il faut dire qu'elle n'a jamais reçu une instruction même élémentaire. Elle voyage constamment, à bord d'un bateau de transport, et dans ce milieu elle n'a pas eu l'occasion de surmener son cerveau. Les oreilles sont normales. Son système dentaire parfait. Elle a été réglée à 14 ans. Jamais rien du côté de l'appareil pulmonaire.

En un mot toute son histoire est une négation absolue, et peut se résumer par ce seul mot : rien, jusqu'au mois de janvier dernier.

A cette époque, sans traumatisme aucun, elle aurait assisté au développement très rapide d'une plaie siégeant à la jambe droite au tiers inférieur. Cette plaie se creusa, dit-elle, et eut

vite fait d'atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs. Quinze jours plus tard, à un bon travers de doigt au-dessous de la première ulcération, une seconde faisait son apparition et atteignait les mêmes dimensions aussi rapidement.

La malade à ce moment seulement se décide à consulter un médecin. Il prescrit une pommade, mais sans succès. A son tour, le pharmacien fait appliquer une autre pommade et donne des gouttes à l'intérieur. En dépit de ce traitement deux nouvelles ulcérations se forment, mais de dimensions beaucoup plus restreintes.

C'est alors que la malade vient à l'hôpital Saint-Louis, où elle est admise de suite, deux mois environ après le début des accidents, après de vains efforts de thérapeutique.

A l'entrée, on constate des membres inférieurs exempts de varices. La jambe gauche est normale. Mais la jambe droite présente au tiers inféro-externe, à trois travers de doigt environ au-dessus de la malléole péronière, une série d'ulcérations (exactement quatre) qui affectent la disposition suivante : Elles occupent chacune l'extrémité de deux droites perpendiculaires l'une sur l'autre, figurant ainsi une croix. Les deux ulcérations qui forment la verticale ont les dimensions d'une pièce de 5 francs. Elles en ont aussi la configuration, c'est-à-dire qu'elles dessinent un cercle complet, pour ainsi dire fait au compas. Elles sont séparées l'une de l'autre par un bon travers de doigt de peau saine. Les deux autres ulcérations ont la même configuration orbiculaire, mais elles n'atteignent pas de dimensions supérieures à une pièce de 50 centimes.

L'aréole qui sert de cadre à chacune de ces lésions est d'un rouge foncé, d'un rouge sombre.

Les bords sont adhérents, bien accentués, très nettement découpés, « taillés à pic », suivant l'expression convenue.

Le fond de chacune de ces ulcérations, rappelle nettement

le fond des ulcérations tertiaires de la syphilis. Il est creux, profond, bien au-dessous du niveau des parties voisines.

Il est irrégulier, inégal, mais surtout bourbillonneux. C'est bien là le caractère, l'attribut essentiel des ulcérations gommeuses syphilitiques. Cet enduit bourbillonneux, crémeux, adhérent, représente la gomme elle-même, mais sphacélée, mais nécrosée « le cadavre de la gomme », en un mot suivant la très heureuse expression du professeur Fournier.

Ces lésions sont absolument indolentes, n'entraînant aucun trouble fonctionnel. Elles présentent tous les attributs objectifs de l'ulcère gommeux.

Le diagnostic objectif rapidement posé, se précisa quant à l'origine de la lésion, dès que le frère de la malade fut examiné. Comme nous l'avons dit, on trouva sur lui une profusion de stigmates d'hérédosyphilis. La nature et l'origine du mal étant dès lors nettement fixées, on diagnostiqua : Ulcérations gommeuses d'origine hérédosyphilitique.

Le traitement spécifique vint corroborer ces données. Chaque jour une injection d'huile biiodurée de mercure de 4 milligrammes et 2 grammes d'iodure de potassium. La dose fut portée à 4 grammes au bout de quelques jours.

Repos au lit. Lavage des ulcérations au vin aromatique chaque jour. Tous les deux jours attouchements au nitrate d'argent. En permanence, application sur les plaies de bandelettes de Vigo renouvelées chaque jour.

Au bout de quinze jours, l'aspect des lésions s'est sensiblement modifié. Les deux plus petites ulcérations ont presque disparu en entier. Elles sont devenues punctiformes. Les deux autres ont vu leurs bords se rapprocher ; elles n'atteignent plus que les dimensions d'une pièce de 2 francs. Le fond de l'ulcération se nettoie, se déterge, l'enduit bourbillonneux n'apparaît plus que par place.

Quinze jours encore ; les deux ulcérations punctiformes ont disparu. Les injections de biiodure de mercure sont seules continuées. Les bandelettes de Vigo ne sont plus renouvelées que tous les deux jours. La guérison marche à grands pas. Les deux ulcérations n'atteignent plus que les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Le même traitement est continué, et la sixième semaine voit s'achever, à quelques jours d'intervalle, la cicatrisation complète des deux dernières ulcérations.

La guérison a été obtenue dans ce cas grâce à la sûreté du diagnostic. Or, deux éléments ont mis sur la voie de ce diagnostic : 1° Le caractère objectif des lésions (il est tout à fait caractéristique) ; 2° l'enquête sur les collatéraux (présence, chez un frère, d'une profusion de stigmates d'hérédo-syphilis).

L'interrogatoire de la famille sera toujours fait avec une certaine prudence et beaucoup d'habileté.

Le plus souvent *c'est par des moyens indirects que le médecin se fera une opinion sur la santé des parents.* Il apprendra de la sorte l'histoire des enfants. Il recherchera la polymortalité des jeunes. C'est avec les avortements répétés un excellent signe pouvant, dans nombre de cas, servir de base ou de soupçon au diagnostic de la syphilis héréditaire chez les enfants survivants. S'il y a dans une famille une série d'avortements et que les derniers enfants sont atteints de lésions qu'on soupçonne être de nature syphilitique, inutile d'avoir un aveu des parents. La syphilis est certaine.

Voici donc achevée l'enquête sur la famille. Parmi les éléments les meilleurs qu'elle pourra fournir, citons au

premier rang, comme valeur diagnostique, l'aveu des parents d'une syphilis antérieure ; témoignage avec lequel aucun autre, assurément, ne peut entrer en balance.

Viennent en seconde ligne des commémoratifs très probants, tels que des avortements successifs, ou mieux encore la polymortalité infantile.

Nous avons désormais en main tous les éléments du diagnostic. Chacun a sa valeur et, si minime soit-elle, nous devons toujours en tirer profit.

Dans certains cas, les éléments du diagnostic, assemblés comme à profusion, rendent le diagnostic singulièrement facile. Exemple :

OBSERVATION XLI. (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Syphilide gommeuse ulcérée de la jambe gauche. Guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique. Infection de la mère par un nourrisson syphilitique.* — LEROIR et PERRIN (Annales de dermatologie, 1883.)

Mère infectée par un nourrisson syphilitique deux ou trois mois avant la naissance de l'enfant, ayant été atteinte à ce moment de boutons dans la bouche, sur le corps et de chute de cheveux. Depuis, lésions ulcéreuses graves du côté de la face; traces de vastes ulcérations au niveau de la jambe gauche.

Jeune homme de 19 ans, petit, mais trapu, phimosis congénital. Aucun cicatrice sur la verge, taie légère sur la cornée gauche.

Du côté des dents : incisive droite médiane supérieure,

échancrée, étroite, et oblique convergente (dent d'Hutchinson). La canine gauche supérieure présente à sa pointe une légère échancrure semi-lunaire. Léger nanisme de la deuxième incisive droite supérieure. Nanisme des deux incisives médianes inférieures qui sont légèrement échancrées à leur partie libre et moyenne. La canine droite inférieure est aplatie à sa pointe et présente deux surfaces plates au niveau desquelles l'émail est comme corrodé. La première molaire droite inférieure est lisse et a perdu ses cuspides. De même pour la première gauche inférieure. Prémolaires intactes.

Cicatrices fessières.

Au niveau de la partie antérieure de la jambe gauche, deux vastes ulcérations d'apparence gommeuse. A 3 centimètres environ au-dessous de la rotule, ulcération allongée, transversalement ovale, longue de 4 centimètres environ sur 2 de large, à bords taillés à pic, adhérents, indurés, de couleur lie de vin, à fond raviné, putrilagineux et présentant ci et là quelques piquetés hémorrhagiques.

A 5 centimètres au-dessous de celle-ci, couvrant toute la partie moyenne de la jambe, se trouve une ulcération irrégulière au premier abord, et qu'un examen superficiel démontre bientôt, bordée par un contour festonné, circulaire, indiquant parfaitement que cette ulcération provient de la confluence d'un plus ou moins grand nombre de lésions circulaires antérieures. Bords taillés à pic, adhérents, indurés, d'un rouge vineux. Fond putrilagineux, raviné. Un peu au-dessus de l'ulcération, tibia légèrement hypérostosé.

Amélioration rapide sous l'influence du traitement ioduré, et bientôt guérison complète.

Dans cette observation le diagnostic s'imposait de par le caractère objectif des lésions présentées, de par les antécédents spécifiques manifestes de la mère, de par

les lésions dentaires, oculaires et les cicatrices multiples de la peau et des fesses.

Dans l'observation suivante, empruntée au même auteur, la coexistence de multiples éléments du diagnostic a rendu également ce dernier très facile.

OBSERVATION XLII. (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Gommès du tissu cellulaire. Arrêt du développement, lésions nombreuses de syphilis infantile. Syphilis manifeste de la mère. Guérison sous l'influence du traitement spécifique.* — LELOIR et PERRIN. (Annales de Dermatologie, 1883.)

Mère ayant eu à l'âge de 19 ans des boutons sur les grandes lèvres, une adénite inguinale volumineuse, quelques mois après de la roséole, de l'alopécie, des plaques buccales et vulvaires.

A eu depuis 2 enfants venus au monde avec des lésions syphilitiques et morts à 3 et 4 mois.

Elle a eu un troisième enfant, trois ans après sa syphilis. Cette enfant prit dans les premiers mois des bains de sublimé et de l'iodure de potassium à plusieurs reprises pour des accidents spécifiques.

Jusqu'à 10 ans assez bien portante.

A 12 ans, 2 grosseurs dans l'aisselle et au bras gauche. Guérison en deux mois.

A 14 ans, kératite de l'œil gauche, suivie de taie sur la cornée.

A 16 ans, apparaît dans le creux poplite du côté droit une grosseur, puis phénomènes de tremblements, avec mouvements convulsifs et raideur du côté du bras droit et ce, trois à quatre fois par jour, pendant huit jours.

Etat actuel : La malade a 16 ans, seins à peine développés, poils du pubis rares. Très chétive, réglée très irrégulièrement.

Oreilles : Côté gauche, ancienne perforation cicatrisée du tympan.

OEil : Du côté gauche, petite tache blanche sur la cornée, trace de la kératite survenue à 14 ans.

L'examen du fond de l'œil fait constater un état trouble et des flocons du corps vitré, la pupille a une apparence nua-geuse. Sur la choroïde, taches atrophiques ; les vaisseaux centraux de la pupille sont diminués de volume.

Dents : Deux incisives inférieures moyennes dentelées. Toute leur moitié supérieure est très amincie par atrophie de surface et comme aiguisée. La première molaire inférieure droite présente une érosion cupuliforme sur la plate-forme de la couronne. De même pour la première molaire inférieure gauche.

Dans le creux poplité du côté droit, tumeur de la grosseur d'une noix, dure, non douloureuse à la pression, à laquelle la peau n'est pas adhérente et que l'on peut limiter et saisir parfaitement.

Traitement : Iodure de potassium 4 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, la gomme du creux poplité n'a pas tardé à se résoudre.

Ce cas est typique, en réalité. Tous les éléments dans ce cas étaient de nature à entraîner un diagnostic ferme.

Mais bien plus souvent le diagnostic présente des difficultés plus grandes.

Seuls, par exemple, peuvent exister les caractères objectifs de la lésion.

Dans l'observation I ce seul élément existe. Ce qui augmentait encore les difficultés du diagnostic dans ce cas, c'est la longue durée du silence de l'infection (20 ans). A cet âge, le diagnostic de syphilis héréditaire est accueilli avec plus de méfiance encore que dans les premières années. Il semble que le médecin ait mauvaise grâce à mettre les parents en cause, quand le sujet est en âge de devoir la maladie à ses propres œuvres.

Difficile est encore le diagnostic quand on se trouve en présence d'une forme insolite de tumeurs gommeuses. Et puis la gomme est-elle seulement ramollie ? Elle n'est pas sans présenter des analogies avec l'abcès froid, le furoncle, la tumeur sébacée. Est-elle déjà convertie en ulcère ? La difficulté est plus grande encore. Ne ressemble-t-elle pas alors à des ulcères simples, à des ulcères variqueux et surtout à des ulcères scrofulo-tuberculeux ? Des stigmates existent bien, susceptibles de révéler la spécificité héréditaire. Mais ils peuvent manquer en partie ou totalement. Le diagnostic est alors très délicat.

Il le devient plus encore quand, à côté de la lésion qu'il s'agit de diagnostiquer, coexiste la scrofulose, entraînant avec elle l'otorrhée, la perforation du tympan, des cicatrices d'adénites anciennes, du coryza chronique, tous signes pouvant exister dans l'une et l'autre diathèse. Dans des cas de ce genre, le diagnostic est entouré de la plus grande obscurité, car l'hérédosyphilis prend là une apparence strumeuse des plus frappantes. Comme le fait souvent remarquer le pro-

fesseur Fournier, c'est dans ces cas surtout que des malades, considérés comme scrofuleux, peuvent être tout simplement des sujets atteints de manifestations tardives de la syphilis héréditaire. Celle-ci, en effet, prend souvent l'aspect de la scrofule, elle ne la produit pas.

Dans des cas semblables, la mise en œuvre des moindres éléments du diagnostic est de rigueur.

Mais avant de rechercher les stigmates de l'hérédosyphilis, il convient de songer à cette diathèse et d'admettre son action comme possible.

Si la question du diagnostic n'est pas toujours entourée de difficultés insurmontables, on peut affirmer qu'elle est toujours délicate, souvent une source de difficultés, même pour des médecins expérimentés.

Y a-t-il donc plusieurs lésions susceptibles d'emprunter la physionomie, le masque des lésions qui nous occupent? Non. Il n'en est guère que d'un seul ordre : les affections scrofuleuses.

Que la gomme ait pour siège la peau, les fosses nasales, la cavité bucco-pharyngée ou l'œil, c'est toujours les mêmes erreurs que nous relatons dans chacun de ces sièges, toujours l'inévitable confusion avec la scrofule, de symptômes dérivant d'une hérédité spécifique.

A son premier stade il est vrai, la gomme, solide, crue, aphlegmasique, pourrait être confondue avec plusieurs affections qui s'en rapprochent, cliniquement : le fibro-lipôme sous-cutané, le kyste sébacé, voire même le cancer.

Dans les deux premières de ces affections, les com-

mémoratifs et le critérium fourni par l'épreuve du traitement suffiront à trancher la difficulté.

Au cas de tumeur cancéreuse, plusieurs éléments diagnostiques viennent se joindre aux deux précédents : l'unicité et le volume assez important de la lésion d'une part, de l'autre des phénomènes rapidement douloureux et la présence de ganglions.

Au stade de fluctuation, la gomme pourrait à la rigueur être encore confondue avec la tumeur sébacée ramollie ; mais là n'est pas la grosse difficulté.

C'est au stade d'ulcération que la gomme est de nature à créer les plus sérieux embarras dans le diagnostic.

Elle revêt alors la physionomie, l'aspect d'ulcérations multiples, de l'anthrax, de l'actinomyose, de l'ulcère des pays chauds, voire même de l'ulcère variqueux. Mais ce sont là des difficultés de surprise que nous ne faisons que signaler au passage sans nous y arrêter.

La difficulté rencontrée si fréquemment est le diagnostic différentiel de l'ulcère gommeux syphilitique et de l'ulcère dérivant de la scrofule. Il se rattache à cette question un intérêt pratique de premier ordre, d'autant plus que la confusion est faite fréquemment. Couramment des enfants présentant de grosses lésions gommeuses imputables à l'hérédosyphilis sont entraînés d'hôpital en hôpital, et traités comme des tuberculeux. Soumis au traitement spécifique, ils guérissent rapidement.

Ces lésions gommeuses prennent donc couramment le masque de la scrofule, non seulement sur le revête-

ment cutané, mais du côté des fosses nasales, de la cavité bucco-pharyngée, de l'appareil oculaire etc.,. En chacun de ces sièges nous aurons à différencier les deux ordres de lésions.

Pour établir ce diagnostic, nous nous baserons : 1° sur les données objectives des différentes lésions ; 2° sur des éléments puisés en dehors d'elles.

1° *Données objectives.* Elles reposent sur l'examen des signes distinctifs de chaque ordre de lésions. C'est par une analyse très minutieuse que nous arriverons à relever ces signes.

Ceux de l'ulcération gommeuse syphilitique nous sont connus. Les contours de l'ulcération scrofuleuse sont plus irréguliers, à reflet bleuâtre, et non pas couleur rouge sombre, comme dans les ulcérations syphilitiques. Les bords sont moins accentués, moins à pic, plus minces, souvent même décollés, flottants. L'ulcération elle-même est moins excavée, le fond en est rougeâtre, rosé, parfois pâle, mais non bourbillonneux, ce qui est par excellence le caractère des ulcères gommeux de la syphilis. Quant à la configuration générale, elle est loin d'être aussi réglée, aussi méthodique que celle de l'ulcère syphilitique. La forme circinée, par exemple, si habituelle à l'ulcère syphilitique, est une exception dans l'ulcération tuberculeuse. Quand les cicatrices sont constituées, elles sont dures, couturées, plissées, traversées par des brides entrecroisées, et plus adhérentes aux tissus sous-jacents. Les cicatrices de l'ulcère syphilitique sont au contraire minces, souples, unies, à peine ponctuées.

Il semble qu'avec des caractères aussi nettement différenciés le diagnostic s'impose dans la plupart des cas. Il n'en est rien. Des erreurs nombreuses sont commises chaque jour quand le diagnostic s'appuie sur ces seules données objectives. Elles sont en effet insuffisantes, infidèles, elles peuvent faire défaut. Aucun de ces signes n'est absolument distinctif, pathognomonique d'une lésion plutôt que d'une autre.

Pour mener à bien le diagnostic, il faut invoquer l'appui d'un

2° Second ordre d'éléments : les éléments puisés en dehors de la lésion. Ils reposent sur une série de considérations que nous avons étudiées précédemment, sur lesquelles nous serons donc bref.

L'évolution de la lésion, par exemple, va nous fournir de précieuses données. Au cas de lésion tuberculeuse, la marche est éminemment chronique, torpide, beaucoup plus lente que celle de la gomme syphilitique. « Le lupus fait en un an et même plus ce que la vérole fait en un mois. La scrofule s'éternise parfois sur un point. La syphilis voyage plus volontiers et s'attaque successivement à des points très différents ». (A. Fournier.)

Des accidents contemporains peuvent aider le diagnostic. Une tumeur blanche coïncide-t-elle avec la lésion sur la nature de laquelle nous hésitons, Nous sommes fixés.

Est-ce, au contraire, une exostose, une lésion d'ordre nettement spécifique que nous découvrons, concurremment à d'autres manifestations cutanées. Voilà certes

une coïncidence précieuse pour l'édification de notre diagnostic.

Le bilan pathologique du sujet va nous fournir des signes très sérieux pour le diagnostic différentiel.

Interrogeons soigneusement le sujet. Si nous apprenons qu'il a payé tribut à une ou plusieurs manifestations de la scrofule, par des ophthalmies répétées, des abcès froids, des engorgements ganglionnaires avec suppurations, il y aura bien des chances pour que la lésion actuelle prenne rang au milieu de ces lésions de la diathèse scrofuleuse.

Apprenons-nous que l'enfant a présenté à sa naissance ou dans les premières semaines un coryza tenace ou du pemphigus à la plante des pieds. N'hésitons pas, nous sommes en présence d'une lésion d'ordre syphilitique.

Reste à procéder à l'examen détaillé du sujet. Il va nous fournir d'excellents éléments.

Mais ayant insisté sur les stigmates acquis ou natifs des hérédosyphilitiques en signalant qu'ils étaient souvent les signes révélateurs de la diathèse, contentons-nous de dire : trouvant chez un de ces dystrophiés une lésion de nature douteuse, nous affirmerons l'origine syphilitique.

Nous concluons à l'origine scrofuleuse au contraire quand le sujet, par son habitus, sa physionomie, réalisera le type de la scrofulose.

Inutile d'ajouter que si l'enquête sur la famille et les collatéraux est possible, elle peut fournir en la circonstance le meilleur signe diagnostique.

Si toutes ces recherches néanmoins n'ont donné aucun résultat précis, si le doute subsiste, il faut instituer le traitement.

Au cas de lésion de nature tuberculeuse, ni l'iodure, ni le mercure ne causeront de préjudice.

Au cas de lésion de nature syphilitique, la guérison sera le plus souvent rapide, quelquefois ultra-rapide. Il y aura véritablement changement à vue. Le traitement spécifique n'agit avec ce pouvoir de curabilité que sur des lésions syphilitiques. Il modifie peut-être, mais il ne guérit pas, et ce, de façon si rapide, des lésions scrofuleuses. « J'en appelle, dit Hérard à tous ceux qui ont eu l'occasion de traiter la scrofule et les scrofulides par les préparations iodurées. Peut-on comparer la lenteur et l'incertitude des résultats obtenus en pareils cas, avec la promptitude et la netteté des résultats obtenus chez les syphilitiques? »

Le traitement reste donc un excellent facteur diagnostique. Plus d'une fois sa mise en œuvre, même à titre empirique, aura donné des résultats brillants, très significatifs.

Ayant exposé les données qui nous permettent de différencier les deux ordres de lésions le plus souvent confondues, voyons ce que l'une et l'autre diathèse peuvent réaliser dans les points où elles portent le plus fréquemment leur action : du côté de la cavité bucco-pharyngée, des fosses nasales, du globe oculaire.

En premier lieu la *cavité bucco-pharyngée*. « Toutes les lésions, dit Mauriac, qui se produisent de ce côté-là doivent être, quel que soit l'âge du patient, tenues pour

suspectes, et, *a priori*, on doit faire dans l'étiologie une part pour le moins aussi grande à l'hérédo-syphilis qu'à la scrofule ».

Voici, certes, un bon avertissement. En cette région les ulcères gommeux d'origine hérédo-syphilitique sont peut-être plus fréquemment que partout ailleurs, confondus avec les ulcérations de la scrofulo-tuberculose. Ce point présente donc un très gros intérêt.

Disons-le, dès maintenant, l'erreur vient le plus souvent de ce qu'une enquête sérieuse sur les antécédents de famille n'a pas été instituée, de ce qu'on a négligé de rechercher les stigmates de la syphilis héréditaire où les antécédents personnels du sujet.

Voyons les ulcérations du lupus.

Objectivement, elles affectent parfois des analogies avec les ulcérations syphilitiques. Mais le lupus de la gorge qui constitue une rareté coïncide assez habituellement avec un lupus de la face. Sa période d'infiltration non ulcéralive surpasse de beaucoup comme durée celle de l'infiltration gommeuse à l'état de crudité. Son processus ulcéralive, au lieu d'être soudain et rapide, s'établit lentement; il ne constitue jamais toute la lésion, mais seulement un épisode peu accusé et circonscrit au milieu des granulations muriformes et papillomateuses qui l'entourent. Le contour des ulcérations lupeuses n'est ni aussi net, ni aussi franc que celui des ulcérations syphilitiques. Leur fond n'est ni excavé, ni bourbillonneux, mais légèrement déprimé, avec des bords plats au lieu d'être abrupts. Le lupus use, atrophie le voile principalement sur ses bords qu'il

échancre. Il ne le perfore jamais brutalement dans son centre (Hébra).

Quant à la marche des lésions, elle diffère totalement dans l'un et l'autre cas. Avec le lupus, processus essentiellement lent et torpide. Avec la syphilis, destruction gommeuse s'exécutant en bloc, brusquement, entraînant du jour au lendemain de profondes perturbations dans la parole et la déglutition.

Au cas de lésions tuberculeuses, nettement ulcérées, la confusion est également fréquente. Les ulcères tuberculeux de la gorge non bourbillonneux, plus limités, moins profonds que les ulcérations gommeuses, ont des bords le plus souvent décollés, entourés de petits nodules granuleux, blanc-jaunâtres, gros comme une tête d'épingle, formant une légère saillie à la surface de la muqueuse. Ces taches minuscules sont des tubercules ramollis non ulcérés : ce sont les points jaunes de Trélat. Fréquemment des engorgements ganglionnaires accompagnent ces ulcérations, alors que c'est une rareté au cas d'ulcérations gommeuses. Un signe excellent qui nous permettra de différencier les deux ordres de lésions est basé sur les troubles fonctionnels. Au cas d'ulcérations syphilitiques, le plus souvent pas ou peu de douleurs ; avec les ulcérations tuberculeuses, au contraire, la douleur s'installe dès le début. Elle est assidue, permanente, devient d'autant plus cruelle que la maladie est plus étendue et sa marche plus rapide. Le contact des aliments détermine des sensations de cuisson intolérables, à ce point que parfois « les malades hésitent à manger, se privent

de nourriture et se condamnent à une diète presque absolue » (Barth). La salive est sécrétée d'une façon exagérée, excessive et le malade espace de plus en plus les déglutitions à cause de la difficulté et des douleurs qu'il éprouve à avaler. Ajoutons que les ulcérations tuberculeuses de la gorge et du voile ne surviennent d'ordinaire que chez des sujets affectés de tuberculose pulmonaire, que leur marche est essentiellement longue, torpide.

Que si cependant, malgré ces divers éléments du diagnostic, ce dernier reste douteux, ici encore le traitement s'impose comme « diagnostic thérapeutique ».

Au *larynx*, même confusion en nombre de cas.

Les mêmes éléments du diagnostic signalés tant de fois se retrouvent ici. Ajoutons que la tuberculose laryngée est excessivement rare chez les jeunes enfants, qu'il ne saurait y avoir de doute que pour les adolescents ou des sujets d'âge moyen. De plus, l'examen histologique des crachats, des mucosités purulentes, lèverait facilement les doutes en montrant ou non la présence du bacille de Koch. Ici encore les affections tuberculeuses lentes sont très exceptionnellement primitives, mais presque toujours consécutives à des localisations tuberculeuses du poumon.

Rien de tout cela dans les ulcérations gommeuses du larynx où la marche est rapide où fréquemment coexistent des accidents syphilitiques d'autre siège et notamment des ulcérations gommeuses de la gorge et de l'arrière-gorge (obs. XXI, XXII et XXIII).

Le diagnostic des lésions gommeuses déterminées

par l'hérédo-syphilis du côté du nez est à coup sûr des plus importants. Précoce il permettra d'instituer à temps un traitement grâce auquel on pourra prévenir la plupart des complications. Aussi, en présence d'un coryza persistant, même en l'absence de fétidité de l'écoulement, doit-on toujours songer à la syphilis et examiner soigneusement les fosses nasales. Les gommes qui s'y établissent donnent, en effet, lieu à fort peu de symptômes et souvent ne sont reconnues que lorsqu'elles ont déjà amené une perforation.

Les lésions gommeuses des fosses nasales ont bien pu être confondues avec des néoplasmes de même siège, avec l'ozène vraie. Elles s'en distinguent le plus souvent facilement. Mais c'est encore avec les lésions scrofulo-tuberculeuses que cette confusion a lieu le plus fréquemment.

Pour s'éclairer dans cette tâche, le diagnostic a pourtant à sa portée toute une série de données. On rencontre, en effet, fréquemment des lésions nasales sur des sujets nullement entachés de scrofule, mais présentant au contraire, sur d'autres points du corps, des lésions cutanées ou muqueuses, des stigmates d'hérédo-syphilis, avec des antécédents de famille non douteux. Mais les données objectives vont nous fournir ici encore de précieuses indications. Dans la scrofule, les lésions se cantonnent dans les parties antérieures du nez : ailes du nez, sous-cloison, cloison quelquefois même plancher maxillaire. Dans la syphilis, la gomme nasale peut se rencontrer au contraire partout : régions antérieures ou nasales, c'est entendu, mais aussi régions

supérieures et postérieures. La scrofule ne détermine presque jamais de lésions osseuses du nez. La syphilis, éminemment nécrosique, s'en prend rapidement aux os et aux cartilages. Elle n'en épargne aucun. Le plancher, les cornets paient, à peu près également, parfois même simultanément leur tribut. Des déformations, des effondrements de la charpente du nez se produisent; le plancher des fosses nasales se perfore, et, conséquence nécessaire, il en résulte l'altération de la voix, le reflux nasal des aliments introduits par la bouche. Ici comme ailleurs, le processus de la scrofule est lent, il lui faut des années entières pour user, limer le nez, tandis que la syphilis mutile, de droite et de gauche, de la façon la plus irrégulière. Il est rare que des lésions scrofuleuses du nez ne coïncident pas avec des ulcérations de même nature du côté de la face. L'examen bactériologique pourra encore, dans le cas de lésions tuberculeuses, révéler dans le pus la présence de bacilles. Mais l'épreuve du traitement, mais les antécédents, mais les stigmates natifs ou acquis sont là qui nous fournissent d'excellents éléments de diagnostic, et, c'est avec eux, si les caractères objectifs des lésions ne donnent pas la solution, qu'un diagnostic certain sera possible.

S'il est un organe à propos duquel l'enquête doit être particulièrement minutieuse, c'est bien le *globe oculaire*. L'hérédo-syphilis y est, du reste, fréquemment méconnue.

Aussi toutes les fois que le diagnostic étiologique d'une affection oculaire ne s'impose pas d'une façon absolue, est-il absolument indispensable de recher-

cher la syphilis héréditaire à tout âge. « Je suis convaincu, dit le Dr Trousseau, que lorsque l'attention des ophtalmologistes sera définitivement fixée sur ce point, les faits s'accumuleront. Il faudra alors inscrire un nouveau chapitre dans la pathologie oculaire. »

Des manifestation gommeuses tardives, d'origine hérédo-syphilitique, peuvent donc se produire du côté de l'œil? Oui, cela était déjà démontré dès 1863 par Hutchinson pour les hérédo-syphilitiques précoces. Mais il est désormais incontestable que les lésions oculaires de nature gommeuse existent réellement sur des hérédo-syphilitiques, au-delà du premier âge, à 5, 10, 15, 20, 25 ans.

Le Dr Trousseau a signalé et étudié avec un soin minutieux les affections de cette nature.

L'iritis de la variété gommeuse est, selon lui, moins rare qu'on ne le pense communément. Elle deviendrait plus fréquente si elle n'était pas méconnue comme il arrive le plus souvent. Elle consiste, sans parler des symptômes communs aux trois autres formes d'iritis, en la production de petits nodules jaunâtres, peu nombreux, cerclés d'un liséré brun, granuleux ou hémisphérique de relief, et siégeant le plus souvent soit au voisinage, soit sur le bord même de l'orifice irien. Le début de ces petites tumeurs est particulièrement insidieux. C'est dans ces cas surtout, dit le professeur Fournier, où le processus est lent, aphlegmasique, qu'il faut suspecter une hérédité spécifique. La qualité gommeuse de ces productions iriennes a été parfaitement démontrée par l'anatomie pathologique.

On les confond en nombre de cas avec des tubercules du même siège. C'est là qu'est véritablement l'écueil diagnostique.

Cette confusion s'explique par la grande analogie qui existe, au début du moins entre le tubercule, et la gomme de l'iris. De part et d'autre, en effet, existent de petites nodosités jaunes brunâtres, siégeant dans le voisinage de l'orifice irien. Mais au cas de tubercule qui est du reste très rare, la cornée va le plus souvent se troubler, puis se perforer. Presque toujours aussi, bien qu'on ait cité des cas de tuberculose primitive de l'œil sans tuberculose pulmonaire ou locale, il existe en même temps que les tubercules de l'iris des signes de tuberculisation d'autres organes. Un autre moyen de diagnostic s'offre encore à nous : La recherche du bacille tuberculeux et surtout l'inoculation aux animaux.

Mais supposons que ces recherches n'aient pas été faites. Après l'examen du sujet, c'est sur l'enquête, sur une enquête sérieuse, minutieuse, souvent renouvelée, qu'il faut rejeter ses dernières espérances, car l'hérédosyphilis s'impose rarement.

Que si l'enquête n'a apporté aucun élément probant, en faveur de l'hérédité spécifique, mais que cependant un doute subsiste, le traitement doit être mis en œuvre. Souvent son influence rapidement curatrice se chargera de prouver la nature syphilitique des tumeurs iriennes.

Dans les deux observations suivantes le traitement n'a pas été institué dès les premiers jours, aussi la guérison n'a-t-elle pas été complète.

OBSERVATION XLIII (résumée). — *Gommes multiples de l'iris. Syphilis héréditaire tardive.* DEHENNE. (Union médicale de Paris, 1887. 3^e série. XLIII.)

Enfant pâle d'apparence chétive, âgé de 11 ans. Sortant de la distribution des prix, rentra chez lui en se plaignant un peu de l'œil gauche, qui, paraît-il, à ce moment-là, était légèrement enflammé. Trois jours après l'œil était beaucoup plus rouge. On fit venir le médecin de la famille qui diagnostiqua un coup d'air et ordonna du nitrate d'argent en instillations. L'affection s'aggrava et, au bout d'un mois toute vision avait disparu de ce côté. On l'amena alors chez un oculiste qui diagnostiqua une irido-choroïdite gommeuse et institua le traitement spécifique trop tard malheureusement. Trois semaines après on me l'amena. Il y avait trois foyers de gommes, bien distincts. L'aspect charnu des petites tumeurs, leur vascularisation sont des caractères presque certains. L'examen ophtalmoscopique montrait l'existence d'un vaste exsudat sous-rétinien qui empêchait d'éclairer le fond de l'œil. Un instant on aurait pu hésiter entre la gomme et le tubercule, Mais en dehors de la rareté excessive du tubercule iridien, l'enquête très minutieuse ne m'a laissé aucun doute.

Le père et la mère ne présentaient pas d'antécédents, mais la nourrice avait été contaminée et une note que m'envoya à ce sujet le Dr Burlureaux, ne fit que confirmer mon diagnostic.

Immédiatement, frictions d'onguent napolitain et iodure de potassium (2 gr. par jour).

Quelques jours après, injections de pilocarpine. Après quinze jours de ce traitement, l'iris avait perdu sa coloration feuille-morte pour revenir à son aspect normal. Les petites tumeurs externes avaient disparu. La tumeur interne unique

avait diminué de volume et les trois tumeurs inférieures avaient perdu de leur vascularisation, et semblaient remplir moins complètement la chambre antérieure. La malade comptait les doigts à 50 centimètres. La guérison n'est pas complète, ajoute l'auteur. Cette lésion diagnostiquée et traitée dès les premiers jours, comme il convenait, n'aurait pas suivi cette marche progressive, et nous aurions probablement assisté à une guérison rapide et complète.

OBSERVATION XLIV (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive de l'œil. Iritis gommeuse.* TROUSSEAU. (Journal de médecine de Paris, mai 1887).

Jeune homme de 17 ans, en juillet dernier, réclame mes soins pour une affection de l'œil gauche datant de deux mois. Deux oculistes avaient proposé l'énucléation de l'organe malade, après avoir diagnostiqué une tuberculose locale. L'œil était injecté, peu douloureux. L'iris verdâtre, adhérent par place, présentait trois nodosités jaune brunâtre sur le bord pupillaire. Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

En revanche très belles érosions dentaires et une hyperostose du tibia droit. La mère avoua avoir contracté la syphilis avant la naissance du malade qui, dans sa première enfance, avait été éprouvé par la diathèse.

L'affection oculaire a guéri, avec atrophie de l'iris, il est vrai, grâce à l'emploi de l'iodure de potassium (6 grammes) et des frictions mercurielles.

La lecture des deux observations du D^r de Lapersonne nous édifiera sur l'existence, parfaitement démontrée du reste, des gommes des paupières dans la syphilis héréditaire tardive.

Le diagnostic de ces tumeurs confondues inévitable-

ment avec les tubercules de la conjonctive s'appuie sur les mêmes données que nous avons signalées à propos des gommès de l'iris. Nous ne nous exposerons donc pas à des redites.

Dans ces deux cas, le diagnostic, établi d'une façon précoce, a amené une guérison presque complète.

OBSERVATION XLV (Résumée). — *Gommès palpébrales. Manifestation tardive de syphilis héréditaire.*

DE LAPERSONNE. (Bulletin médical du Nord Lille, 1889).

Enfant de 8 ans atteint d'une blépharite gommeuse constituée par une série d'ulcérations du bord palpébral, réunies ensuite en une seule plaie à fond fongueux et saignant facilement, à bords festonnés, à base indurée et violacée. L'enfant avait été traité pendant deux mois environ pour une blépharite scrofuleuse. Certains antécédents du père mirent sur la voie de la syphilis héréditaire. L'inoculation dans la chambre antérieure d'un lapin était restée négative. Le traitement mixte institué, la guérison fut vivement obtenue.

Quelques jours après l'enfant se présenta de nouveau avec une belle plaque d'ecthyma syphilitique de la paupière, qui vint donner une nouvelle confirmation au diagnostic.

OBSERVATION XLVI (Résumée). — *Gomme palpébrale, manifestation tardive de syphilis héréditaire.* — DE LAPERSONNE. (Bulletin médical du Nord, Lille, 1889).

Jeune fille de 14 ans, présentant vers l'angle interne de l'œil, dans le sillon naso-palpébral, une tumeur allongée à petite extrémité supérieure, remontant vers l'angle interne

de l'orbite. A sa surface, peau rouge, offrant une certaine adhérence avec les parties profondes. Pression non douloureuse. Pas de larmoiement abondant, pas de sécheresse de la narine.

La mère a eu 6 grossesses normales et deux fausses couches. Aucune trace de syphilis. Elle dit que son mari n'a jamais été malade.

L'enfant a présenté, il y a deux ans, une large ulcération à la partie supéro-interne de la jambe droite, en dedans du ligament rotulien. Ulcération traitée comme une affection scrofuleuse. Enfant grande, bien conformée. Mais quelques stries transversales sur les incisives supérieures. Au sommet droit un peu de submatité.

Traitement : Cataplasme de fécule et huile de foie de morue.

Au bout de peu de temps, légère fluctuation à la surface de la tumeur. Large incision dans le sens du sillon palpébral. Il ne s'écoule que quelques gouttes de pus. Dans la profondeur, sensation d'une petite surface osseuse dénudée.

Bientôt on voit les bords de l'incision se déjeter ; on constate une ulcération à fond grisâtre, bords rouges, reposant sur une large base indurée. A peine un peu d'injection conjonctivale.

Quelques jours après, l'ulcération a doublé de volume, s'étend de l'angle interne de l'œil jusqu'au milieu du sillon palpébral inférieur. Bords déchiquetés. Fond d'aspect gélatineux : vers la racine du nez et vers la joue, coloration rosée reposant sur une large base indurée. On pratique des inoculations dans la cornée et la chambre antérieure d'un lapin, et dans le péritoine chez deux cobayes. Toutes deux sont négatives.

Immédiatement traitement énergique : Iodure de potas-

sium rapidement porté à 4 grammes par jour, frictions mercurielles.

Le père de la malade vient me trouver et j'appris qu'à l'âge de 20 ans, il eut une ulcération de la verge qui dura quinze jours à peine : Aucun traitement. A 40 ans, croûtes dans les cheveux, traitées par l'iodure de potassium. Pas de cicatrices sur le corps.

Au bout de trois semaines, ulcération réduite de moitié, bords plus nets. L'induration a diminué sensiblement, l'ulcération se déterge rapidement.

Deux mois après, cicatrisation complète. Des grands désordres qui ont existé, il ne reste qu'une cicatrice à peine visible, sans adhérence profonde.

Et l'auteur ajoute : la lecture de cette observation ne peut laisser aucun doute sur l'origine syphilitique de l'affection. Si, au début, le diagnostic pouvait rester hésitant, plus tard, l'ensemble des symptômes, la marche de la maladie, les renseignements recueillis et surtout l'efficacité du traitement spécifique, permettent d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une gomme palpébrale, manifestation tardive de syphilis héréditaire.

Un examen sérieux du sujet avec une enquête non moins sérieuse, s'impose donc, répétons-le, au cas d'affection oculaire dont l'étiologie reste inconnue. « Le praticien qui, de cette façon, aura dépisté la diathèse, mis le doigt sur ses méfaits, sera largement payé de ses peines, lorsque, grâce à un diagnostic précis, il conservera la vue à son client ». (Trousseau.)

Après avoir posé les bases d'un diagnostic différentiel entre les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive et les lésions avec lesquelles elles

sont fréquemment confondues (en particulier les lésions scrofuleuses), nous voudrions étudier brièvement les mêmes manifestations gommeuses lorsqu'elles siègent aux *muqueuses génitales*.

La nature de ces lésions peut, en cette région, être souvent méconnue. Elles peuvent être prises pour des lésions de contagion vénérienne : le chancre simple notamment. Un intérêt de premier ordre se rattache à cette question.

Dans l'observation XV, une jeune fille de 19 ans présentait à la vulve trois ulcérations. Or, ces ulcérations avaient été prises en ville pour des chancres mous. Elles furent diagnostiquées par le professeur Fournier : syphilides gommeuses. Les lésions ressemblaient à s'y méprendre au chancre simple, d'où la confusion ; mais elles n'étaient en réalité que des manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive.

Les *conséquences morales* dérivant d'une erreur de diagnostic, dans un cas de ce genre, peuvent être très grandes.

Elles sont loin cependant d'égaliser en importance les *conséquences médico-légales* qui pourraient s'y rattacher. Nous disons qui pourraient, car le fait qu'une question médico-légale de cet ordre n'a jamais été soulevée, n'implique pas qu'un jour ou l'autre elle ne puisse l'être.

L'accident gommeux dérive-t-il d'une syphilis acquise en bas âge, à début inaperçu, dérive-t-il d'une contamination vénérienne récente, y a-t-il eu, en un mot, attentat criminel s'il s'agit d'un enfant ou d'une jeune

filles, ou bien ces lésions ne sont-elles qu'un accident d'une syphilis acquise *in utero*, sans chancre initial, d'une syphilis héréditaire à manifestations tardives? Voilà le problème. Il est donc grave.

Aussi la notion de la nature héréditaire des manifestations syphilitiques doit-elle être constamment présente à l'esprit du médecin. Cette notion étant méconnue, pourrait entraîner les plus désastreuses conséquences en compromettant de très honnêtes gens soupçonnés d'attentats auxquels ils sont absolument étrangers. Ce qu'on demande, en effet, au médecin en ce cas, ce n'est pas seulement des remèdes, mais encore un certificat qui fera foi, dont il aura à soutenir les conclusions devant le tribunal.

Un dernier point nous reste à préciser, dans ce chapitre : *le diagnostic de l'origine des lésions*.

Ce diagnostic n'est pas indifférent, tant s'en faut. La médication et les indications thérapeutiques restant les mêmes, la gravité est différente dans les deux cas.

En général, dit-on, ce diagnostic est facile. D'une part un faciès, des malformations natives ou acquises, une chétivité bien connues, de l'autre une bonne conformation générale de l'enfant.

Mais nous savons maintenant qu'il faut se tenir fortement en garde contre cette déchéance à laquelle peuvent échapper les hérédosyphilitiques. Nous avons cité de nombreux cas où les hérédosyphilitiques se présentent sans aucune des dystrophies qui leur sont habituelles, mais, au contraire, fort bien doués au physique.

Le diagnostic serait certes vite établi si l'on pouvait acquérir la certitude que le sujet a eu autrefois un chancre induré pris dans son entourage, soit par la vaccine, soit par la circoncision, etc...

Mais ces accidents passent bien souvent inaperçus. Bien souvent aussi les commémoratifs sont obscurs, incertains.

Reste alors comme unique moyen de résoudre le problème, l'enquête sur la famille, sur laquelle nous avons déjà tant insisté. Il ne faut pas hésiter à y recourir. C'est elle qui sert de base au diagnostic de toute syphilis héréditaire tardive, mais c'est elle encore qui éclaire le diagnostic différentiel de l'hérédo-syphilis et de la syphilis acquise. Ses résultats doivent résoudre à eux seuls la question du diagnostic.

Voici donc exposés les divers éléments du diagnostic. Nous avons essayé de différencier les lésions gommeuses des lésions qui s'en rapprochent le plus : nous voulons dire, les lésions scrofulo-tuberculeuses, dans les sièges que ces deux diathèses occupent le plus fréquemment.

Voyons maintenant quelle est la gravité de ces lésions. Etudions le pronostic.

PRONOSTIC

Le pronostic ressort de toutes les considérations qui précèdent!

Il est en un mot aussi sérieux que celui des mêmes lésions tertiaires dans la syphilis acquise.

Cette gravité du pronostic s'accroît du fait de la résistance moins grande du sujet, et de son affaiblissement, de par sa déchéance native. A l'apparition des accidents gommeux se joint donc l'état constitutionnel, souvent fort mauvais, du malade. Lorsque cet état de chétivité s'accentue, quand ces lésions gommeuses se généralisant, se développent sur un terrain profondément infecté, la mort peut s'ensuivre en dépit d'un traitement énergique.

L'observation d'Apert vient à l'appui de ce que nous avançons :

OBSERVATION XLVII (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Péritonite chronique. Cirrhose atrophique du foie. Hypertrophie considérable de la rate. Lésions gommeuses, osseuses et articulaires généralisées. Mort.* — APERT (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1895).

Petite fille de 12 ans, née d'un père bien portant, niant tout

antécédent de syphilis et d'une mère niant également, mais ayant eu 10 enfants dont 8 mort-nés ou morts en bas âge.

A 5 ans rougeole.

A 9 ans kératite interstitielle double qui dura deux ans. A la même époque : ozène, écoulement sanieux par les narines, affaissement du nez. En même temps, gonflement de la plupart des épiphyses des os, puis des articulations. Amaigrissement. Hypertrophie de la rate.

A l'entrée. Périostite gommeuse du cubitus gauche avec ankylose du coude. Périostite des deux tibias. Rate énorme, descendant jusque dans la fosse iliaque. Injections à l'iodure de mercure et à l'huile grise. Aucun résultat. Puis affaissement complet du nez. Face hideuse. Sur le cuir chevelu existent des saillies, arrondies, fluctuantes, de grosseur variable (d'un pois à une noisette). Ce sont des gommès ramollies du crâne. Cou décharné. Les deux clavicules sont augmentées de volume. Thorax amaigri. Abdomen volumineux. Articulations notablement gonflées, avec réseau veineux très développé. Tibia droit présente un gonflement considérable, avec des points fluctuants. Gommès ramollies. Echee de tous les traitements. Péritonite chronique. Ascite. Diarrhée. Hypothermie. Mort.

A l'autopsie. Lésions de cirrhose atrophique. Hypertrophie splénique 500 grammes. Reins, cœur, poumons normaux. En rabattant en avant et en arrière le cuir chevelu, on met à découvert les gommès ramollies du crâne, les unes soulevant le périoste, les plus grosses ayant perforé celui-ci et disposées comme des abcès en bouton de chemise. Pus blanc jaunâtre, caséeux. Sur la calotte crânienne, à l'état sec et débarrassé de son périoste, les os du crâne présentent des ulcérations et des perforations multiples.

Frontal présente à sa partie moyenne une ulcération irré-

gulaire, résultant de la confluence de plusieurs gommès. Autres ulcérations profondes sur la partie gauche de l'écaïlle du même os.

Pariétal gauche présente quatre larges perforations de l'étendue de pièces de 1 franc. Vers la base pariétale, très nombreuses ulcérations, irrégulières, confluentes.

Pariétal droit trois perforations et de nombreuses ulcérations. L'écaïlle de l'occipital, outre deux perforations, présente une malformation, divisée par cinq sutures surnuméraires en quatre os distincts : deux médians, un supérieur et un inférieur et deux latéraux.

Tibia atteint d'ostéïte. Toute la surface externe est épaissie, spongieuse, couverte d'ulcérations superficielles. Péroné augmenté de volume, transformé en tissu spongieux avec ulcérations profondes. Canal médullaire disparu. Rotule présente deux perforations.

Dans une autre observation, due à Schwimmer, malgré le traitement spécifique, la mort survint, amenée par une lésion rénale, chez une jeune fille cachectique, qui était couverte d'ulcérations gommeuses.

OBSERVATION XLVIII (Résumée). — SCHWIMMER.

Jeune fille de 23 ans, pâle, petite, à aspect cachectique. La plus grande partie des téguments est couverte d'ulcérations, taillées à pic, dont certaines sont en partie cicatrisées.

Incisives supérieures séparées les unes des autres, élargies à leur bord libre et crénelées. Mamelon à l'état rudimentaire. Mont de Vénus glabre. Hymen intact. Aspect d'une jeune fille malingre de 14 ans. Lésion rénale qui entraîne la mort, malgré traitement spécifique.

Ces deux observations sont les seules parmi celles que nous publions où nous ayons à enregistrer un pronostic fatal. Emprissions-nous d'ajouter que, dans chacun de ces cas, les lésions gommeuses n'ont fait que coexister d'une part avec une lésion rénale (sur l'origine et la nature de laquelle nous regrettons de n'être pas plus documenté) qui a été très certainement la cause déterminante de la mort, de l'autre avec des phénomènes de cirrhose du foie, de péritonite chronique, qui ont amené aussi la mort. Les ulcérations gommeuses, quoique absolument généralisées, n'ont donc été, dans ces deux cas, que de simples auxiliaires.

Dans l'énorme majorité des cas, les lésions gommeuses comportent un pronostic bénin. Elles ne deviennent plus ou moins sérieuses qu'en raison des complications surajoutées que nous avons signalées plus haut, mais qui sont identiques à celles de la syphilis acquise. Nous voulons parler de leur longue durée, de leurs récidives fréquentes, quelquefois incessantes, de leurs complications inflammatoires, et surtout de leur marche ulcéreuse, destructive, mutilante.

Mais quand l'organe lésé commande à des fonctions importantes, de graves conséquences peuvent rapidement survenir, surtout avec l'insidiosité initiale et la brutalité d'invasion habituelles au processus gommeux dans certaines lésions, celles du voile du palais, par exemple.

Des cicatrices difformes, des pertes de substance peuvent porter sur un organe ou des parties dont le fonctionnement est ainsi compromis. Des ulcérations peu-

vent se réparer plus ou moins bien. Quelquefois une véritable sclérose des tissus se produisant, vient à rendre rigides ou inertes des organes qui doivent donner libre passage à l'air, le larynx par exemple. De là des cicatrices véritables, des brides, des adhérences, en un mot des accidents de rétrécissement laryngien.

L'observation communiquée au professeur Fournier par le D^r Capart (de Bruxelles) est un exemple frappant de la gravité de ces accidents, même après guérison, par les déformations et dégâts qu'ils peuvent occasionner.

« Enfant de 13 ans, issu de parents syphilitiques, guéri d'une laryngopathie ulcéreuse grave, ayant nécessité la trachéotomie. L'enfant meurt de fièvre typhoïde. On trouve le larynx absolument cicatrisé, mais n'ayant plus l'aspect d'un larynx ; c'était une sorte d'entonnoir informe, tellement rétréci à sa partie inférieure qu'on y passait à peine une plume de corbeau. »

La lésion gommeuse est grave, surtout parce qu'elle atteste par son existence l'infection hérédo-syphilitique latente qui, du même coup, se révèle, comme pour témoigner que la diathèse syphilitique subsiste dans l'organisme, qu'elle est en pleine période d'évolution, et qu'elle peut, un jour ou l'autre, se traduire par une manifestation menaçante.

Le pronostic sera toujours grave dans le cas où la lésion n'a pas été diagnostiquée, quelle que soit son siège.

Elle revêt même parfois un caractère de gravité

exceptionnelle, lorsqu'elle atteint un organe aussi fragile que le globe oculaire, et que le diagnostic n'a pas été posé.

Nettleship et Fox (*Transact. of the opht. Soc. of the U. Kingdom*, vol. I, page 49), relatent le fait suivant :

« Une jeune fille de 13 ans fut soumise à l'énucléation d'un œil pour de prétendus tubercules de l'iris. Plus tard, l'autre œil ayant été affecté de granulations semblables à celles qui s'étaient produites sur l'œil enlevé, on eut l'idée de prescrire un traitement mercuriel, et les tumeurs furent guéries. »

En revanche, si la nature, si l'origine de la lésion ont été reconnues de bonne heure, des accidents graves pourront être conjurés en n'importe quel point de l'économie.

Le fait suivant relaté par Beausoleil confirme notre dire.

OBSERVATION XLIX (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive. Gomme de la bande ventriculaire droite. Sténose glottique. Ulcération pharyngienne.* BEAUSOLEIL. (Annales de la Polyclinique de Bordeaux, 1891, n° 5).

Garçon de 10 ans atteint il y a sept mois d'un enrrouement et de douleurs de gorge avec dysphagie qui persistent pendant quinze jours. Depuis deux mois, pris d'un nouvel enrrouement avec toux rauque, quinteuse, très pénible. Respiration difficile et plusieurs accès de suffocation. Cornage, surtout pendant l'inspiration. Sur la paroi postérieure du pharynx, en arrière du pilier postérieur droit, ulcération large comme

une pièce de 50 centimes, superficielle et légèrement bourgeonnante sur ses bords. Rougeur diffuse de tout le vestibule du larynx et de la base de l'épiglotte. Tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques, gonflement considérable de la bande ventriculaire droite qui forme une saillie globuleuse rouge obstruant une partie de l'orifice glottique. Tuméfaction de la portion droite de la région interaryténoïdienne et ulcération sur la face interne de l'aryténoïde droit

Après 3 ou 4 jours de traitement spécifique énergique, les symptômes alarmants disparaissent. Au bout de 14 jours, l'ulcération pharyngienne est complètement cicatrisée ; il ne reste plus que le gonflement de la bande ventriculaire gauche. Voix revenue en partie, coruage et gêne de la respiration notablement diminués. 25 jours après le début du traitement la voix a repris son timbre normal. Respiration se fait bien, il ne reste que des lésions insignifiantes de la muqueuse laryngée.

Pas trace de syphilis chez la mère, mais aspect caractéristique, marche progressive de la lésion, coexistence de lésions laryngées et pharyngées et résultat du traitement spécifique doivent faire considérer ces lésions comme d'origine héréditaire syphilitique.

Voici donc deux lésions très graves qui ont comporté un pronostic totalement différent.

D'un côté des pertes irréparables, conséquence d'un diagnostic non posé.

De l'autre, une lésion qui s'accompagne de symptômes alarmants, menaçants, mais disparaît en quelques jours du fait d'un diagnostic promptement établi.

La gravité du pronostic est, au premier chef, fonction du diagnostic.

TRAITEMENT

Dans quels cas, le traitement sera-t-il mis en œuvre? Dès que le diagnostic est posé d'une façon ferme, cela s'entend.

Mais il s'impose également, si le diagnostic n'est que probable, s'il ne s'appuie que sur tels ou tels stigmates de dystrophie native, sur tels ou tels éléments. Institué d'après ces seules données, le traitement a été plus d'une fois couronné de succès éclatants (obs. XXXVII). Ne craignons donc pas de le répéter : chaque fois qu'il n'y aura que des probabilités, des soupçons même sur la nature syphilitique d'une lésion, le traitement spécifique devra être prescrit. A cette façon de faire, nous trouvons les avantages les plus sérieux.

N'est-ce pas un devoir pour le médecin, du reste, que d'instituer le traitement spécifique dans un cas où le plus souvent toutes les autres médications ont manifestement échoué?

Ce traitement est sans danger, même s'il tombe à faux, à condition qu'il soit surveillé et dirigé avec prudence.

On peut fort bien l'employer concurremment à toute autre médication, associer par exemple les frictions mercurielles ou les injections hypodermiques à un traitement antiscrofuleux.

En dernier lieu, les manifestations d'une syphilis résultant d'une contamination héréditaire s'affirment le plus souvent par des symptômes moins nets, moins ordonnés que dans la syphilis acquise, il en résulte qu'elles ont plus de chance de passer inaperçues, de rester ignorées.

Toutes ces conditions plaident avec éloquence en faveur de la mise en œuvre du traitement spécifique, même dans les cas douteux.

Mais existe-t-il un moment de choix pour faire intervenir ce traitement? A quelle période de la lésion, en un mot, produira-t-il son maximum d'effet?

Sans aucun doute, au début, alors que toutes les autres médications n'auront pas été épuisées. Cette précocité, dans l'application du traitement, comporte, des avantages de premier ordre.

Nous voyons, en effet, des lésions gommeuses entraînant rapidement des mutilations d'organes, des dégâts irréparables, quand le traitement n'est pas intervenu assez tôt.

Au pharynx, par exemple, les accidents peuvent rapidement devenir menaçants, la déglutition peut ne plus s'effectuer, la situation en un mot devenir particulièrement grave, si le traitement n'est pas précoce.

Bruce rapporte (*The Lancet*, 1885) l'observation d'un enfant de 13 ans, hérédo-syphilitique, atteint d'une lésion gommeuse du pharynx. On fut chez lui obligé de recourir à l'alimentation rectale et aux lavements nutritifs parce que la déglutition étant devenue impossible, la nourriture et les médicaments ne pouvaient plus être

absorbés. Avec un traitement précoce, on n'eût pas été obligé de recourir à de tels expédients. Le traitement intervint un peu tard, mais, dit l'auteur, parut cependant amener la guérison.

Au voile du palais, la même précocité dans l'application du traitement est nécessaire. Là, il n'y a pas d'hésitation possible, le plus tôt est le mieux. Il faut prescrire le traitement *illico et larga manu*. Comme le fait très justement remarquer le professeur Fournier, il faut pour être utile, non seulement frapper fort, c'est entendu, mais frapper à temps. Sans quoi la partie déjà comprise peut être perdue et le malade reste exposé à ces délabrements regrettables, dont il est tant d'exemples.

Mais s'il est un organe où tout retard apporté dans le traitement est presque toujours extrêmement préjudiciable au malade, c'est bien le globe oculaire. « Dans l'iritis, mais surtout l'iritis à forme gommeuse, si le traitement n'intervient pas à temps, il peut se former rapidement des synéchies postérieures et consécutivement de l'obstruction pupillaire et des phénomènes glaucomateux » (Trousseau.) Au contraire, diagnostiquées et traitées dès le début, ces lésions gommeuses de l'iris guérissent le plus souvent d'une façon rapide et complète.

L'influence heureuse du traitement sera donc d'autant plus appréciable qu'on aura mis de hâte à l'instituer.

Le traitement des lésions gommeuses hérédosyphilitiques devra reposer sur les mêmes bases que le traite-

ment des mêmes lésions tertiaires de la syphilis acquise.

Étant donné le moment où éclatent le plus habituellement ces accidents (entre 10 et 20 ans) on a plus de choix entre les méthodes et les procédés, que dans les premières années de la vie. Tous peuvent être indiqués selon la gravité ou la résistance de la lésion.

Le traitement doit viser :

1° L'accident ;

2° La diathèse.

1° *Traitement de l'accident gommeux.*

a Traitement local. — Il doit être nul ou à peu près à la période de crudité et de ramollissement de la gomme.

Cette conduite étonnerait fort sans doute les chirurgiens du siècle dernier qui enlevaient encore les tumeurs gommeuses, les confondant soit avec des tumeurs communes, soit avec des tumeurs cancéreuses ! On trouve partout cités des exemples de ces erreurs déplorables, de ces mutilations de malheureux syphilitiques et de ces opérations vraiment blâmables.

Donc, pas de traitement dans la première et seconde période des gommès.

Mais quand l'ulcère gommeux est une fois découvert, il faut le panser à la façon d'une syphilis gommeuse ulcérée.

L'ulcère siège-t-il aux membres inférieurs ou sur le tronc ? Il faut prescrire des bains répétés, faire des badigeonnages à la teinture d'iode, au vin aromatique, au nitrate d'argent. Pulvérisation d'iodoforme et surtout pansement occlusif « à la Chassaignac » avec ban-

delettes imbriquées et entrecroisées de taffetas de Vigo.

Du côté des fosses nasales le traitement local n'a qu'une importance secondaire. Il ne doit cependant pas être négligé. Il combat les infections surajoutées, supprime l'odeur, aide à la réparation plus rapide des ulcérations.

Au voile du palais, des badigeonnages à la teinture d'iode, des gargarismes répétés plusieurs fois par jour et des pulvérisations émollientes et iodurées feront tous les frais du traitement local. Lorsque ces ulcérations auront entraîné des destructions du voile du palais, on devra chercher à corriger cette infirmité. Si l'on n'a pas l'espérance de pouvoir mener à bonne fin une opération radicale, quand la cicatrisation des lésions sera complète et solide, on songera aux appareils prothétiques, très ingénieux moyen, pouvant refaire la voix d'un instant à l'autre. Ils consistent en un voile artificiel, mobile, soit en caoutchouc, soit en toute autre substance analogue, et adapté sur une pièce rigide que soutiennent les dents.

Voilà pour le traitement local des ulcérations gommeuses.

6. *Le traitement général* sera précoce, nous l'avons dit, mais comme il s'agit le plus souvent de syphilis non traitées, parce que insoupçonnées, ignorées, le premier traitement devra être en même temps énergique et prolongé, avec des doses en rapport avec l'âge du malade.

Comme dans les mêmes lésions tertiaires de la syphilis acquise, c'est le mercure mais surtout, l'iodure qui feront les frais du traitement.

L'iodure sera donné à doses progressivement croissantes; car il s'élimine vite, surtout par les glandes salivaires et les reins. On commencera par 25, 50 centigrammes, 1 gramme suivant l'âge des sujets, leur constitution, la gravité du mal. Tous les 4 ou 5 jours on augmentera jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une quantité raisonnable (3 grammes par exemple chez un jeune homme). Dès que l'aspect sera bon, on maintiendra pendant quelque temps la dose et quand la suppuration sera tarie, quand l'ulcère entrera dans la phase de cicatrisation, on ordonnera le remède en proportions successivement décroissantes jusqu'à ce qu'on soit revenu au point de départ.

Dans le cas de localisations laryngées (gommes de la base de l'épiglotte, des cordes vocales) pouvant menacer la vie par l'obstacle qu'elles apportent au passage de l'air, il faudra donner l'iodure avec une extrême prudence pour éviter l'œdème congestif, mais donner au contraire le mercure à doses très puissantes.

Mais en face de désordres profonds ou de menaces, on ne s'en tiendra pas aux doses précitées. On emploiera immédiatement des doses élevées : 6, 8, 10 et 12 grammes même chez l'adulte. Les enfants et les adolescents et même les organismes les plus déçus sont bien moins éprouvés par l'iodure qu'on pourrait le croire de premier abord. Des enfants de 14 ans peuvent prendre jusqu'à 4 grammes d'iodure sans en être incommodés le moins du monde. Une des conditions les plus importantes pour la tolérance c'est la pureté du médicament. L'école de Lyon semble préférer pour combattre la

diathèse hérédosyphilitique, la médication iodurée simple, mais à dose élevée.

Augagneur dans sa thèse de Lyon de 1879, cite le cas d'un enfant de 6 ans atteint de perforation du voile auquel M. Aubert administra avec grand succès jusqu'à 6 grammes d'iodure par jour. Dans un autre cas, cité dans la même thèse, un enfant de 11 ans présentait des ulcérations du palais avec perforation de la voûte palatine. Le mercure fut infructueux. L'iodure de potassium à haute dose amena la guérison. L'auteur a bien soin d'insister sur la nécessité de donner des doses massives, et attribue les insuccès à la timidité avec laquelle les médecins manient en général ce médicament.

Küss (de Strasbourg) cherchait à atteindre rapidement la saturation iodique indiquée par le coryza et l'acné. Il commençait par 1 gramme et augmentait tous les jours d'un gramme.

Dans bien des cas, l'action de l'iodure sera aidée par l'adjonction du mercure, employé sous forme de frictions ou en injections intra-musculaires.

Les accidents oculaires, par exemple, paraissent indiquer absolument les injections mercurielles en raison de l'énergie et de l'intensité de ce mode de traitement. La nature du sel injecté a, dans ces cas, peu d'importance, pourvu que l'on agisse vite et énergiquement.

De Lavarenne a guéri avec des injections de biiodure un jeune homme atteint de syphilis héréditaire qu'il observa depuis 1880, et qui, jusqu'en 1892, fut sujet à des accidents divers (gommes pharyngées, nécrose des

incisifs), mais surtout à des poussées continuelles de kérato-conjonctivite, malgré les traitements mercuriels et iodurés les mieux suivis.

On peut même être amené à pratiquer des injections de calomel que l'enfant supporte d'ailleurs bien mieux que l'adulte (Emery).

Supposons l'accident gommeux terminé ou sur le point de l'être. Le traitement vient-il à être interrompu, le processus gommeux peut alors recommencer ses attaques (obs. XXIV).

Il est donc nécessaire de continuer le traitement quelque temps encore après la disparition des accidents. L'accident gommeux est, en effet, terminé, mais l'accident seul. Le sujet n'est pas à l'abri d'une nouvelle atteinte du mal.

Autre chose est donc de traiter tel ou tel accident de la syphilis héréditaire, et autre chose de traiter la diathèse hérédo syphilitique. Pour guérir le premier, il suffit le plus souvent de quelques semaines, parfois quelques mois, mais la guérison de la syphilis héréditaire, l'épuisement de la diathèse, réclame un traitement beaucoup plus prolongé, un traitement véritablement de longue haleine.

C'est ce qui constitue

2° *Le traitement de la diathèse.* La diathèse hérédo-syphilitique réclame ici, comme la syphilis acquise, un traitement de fond. Il a pour but d'atténuer cette diathèse et de prévenir d'autres accidents.

Réglé d'après l'examen de chaque cas, il se composera de cures alternatives de mercure et d'iodure. Rien

ne le différenciera en cela du traitement de la syphilis acquise.

Cependant la médication tonique est reconstituante prendra plus souvent une plus large place. Ayant à traiter des organismes généralement déçus, il faudra lutter non seulement contre la diathèse syphilitique, mais encore contre cette déchéance originelle au moyen de préparations phosphatées, de fer, d'huile de foie de morue, de bains salés ou sulfureux. Cette médication ne sera donc pas laissée de côté.

Quels effets obtiendra-t-on sur les lésions qui nous occupent d'un traitement spécifique institué d'après ces données? Des effets manifestement heureux dans la plupart des cas.

Dans les observations XLVII et XLVIII, les lésions cependant ont opposé au traitement une résistance invincible.

Malgré l'administration du mercure sous ses différentes formes, et par les différentes voies, la syphilis a néanmoins progressé et a finalement amené la mort. Mais, dans l'un des cas, nous nous répétons, il y a eu coexistence d'une lésion rénale. Dans l'autre, existait une hypertrophie considérable de la rate avec généralisation gommeuse, infection profonde, cachexie, au moment où le traitement est intervenu.

Répétons encore : institué comme il convient, le traitement est le plus généralement tout-puissant. Il exerce sur les lésions gommeuses, à toutes leurs périodes, une très heureuse influence. Il modifie souvent les lésions

avec une rapidité telle qu'on est en droit de faire de lui un véritable criterium de la spécificité.

L'iodure, en particulier, guérit parfois, avec une rapidité prodigieuse, des lésions ulcéro-gommeuses datant de plusieurs années.

L'observation XXV est un exemple de cette remarquable vertu de l'iodure. Sous son influence une lésion gommeuse de la jambe, durant depuis huit ans, a été guérie d'une façon étonnamment rapide, en l'espace de 12 jours.

Dans l'observation XI, sous l'influence du même traitement, en trois semaines s'est opérée la guérison de deux ulcérations gommeuses du dos de la langue, ulcérations larges, profondément excavées, vraiment menaçantes.

Mais cette heureuse influence du traitement se fait sentir non seulement sur la lésion, mais encore sur l'état général.

L'expérience n'en est-elle pas faite chaque jour, sur les nourrissons syphilitiques qui peuvent ne présenter comme symptômes qu'une dénutrition profonde. Soumis au traitement hydrargyrique au moyen de frictions ou de liqueur de Van Swieten, mode le plus habituel de mercurialisation, leur courbe de poids suit une marche ascensionnelle très démonstrative.

Les mêmes résultats favorables s'obtiennent chez les hérédo-syphilitiques plus avancés en âge.

Parallèlement aux lésions gommeuses, guérissent des manifestations d'ordre syphilitique, telles que la céphalée chronique et les accidents osseux.

L'observation de Lannelongue semble en témoigner nettement.

OBSERVATION L (Résumée). — LANNELONGUE. (Société de Chirurgie, 1881. Tome VII).

Enfant hérédo-syphilitique commençant à souffrir de la tête vers l'âge de 3 ans, continuant à en souffrir jusqu'à 12 ans, époque où il fut occasionnellement soumis au traitement spécifique en raison d'autres manifestations incidentes.

A 12 ans, en effet, il fut admis à l'hôpital pour diverses lésions osseuses déjà anciennes et une gomme récente de la jambe.

On administra tout naturellement de l'iodure. Or, le remède eut pour effet non seulement d'amender les accidents osseux mais encore de dissiper et de guérir cette céphalée chronique.

Dans l'observation XVIII le traitement a paru activer la consolidation de la fracture. « Les jambes, dit l'auteur, se sont peu à peu allongées, faisant espérer dans l'avenir leur retour à une rectitude approximative. »

Le poids de la malade a légèrement augmenté et l'état général s'est considérablement amélioré.

Dans l'observation XV, une hérédo-syphilitique, jeune fille de 19 ans, petite, chétive, et insistons sur ce fait, non encore réglée, a vu, sous l'influence du traitement, ses règles faire leur première apparition en même temps que son état général s'améliorait rapidement et d'une façon notable.

Le développement physique, le poids, ont donc bien leur part dans les heureux effets dus au traitement.

Une petite malade du professeur Fournier était

atteinte d'ulcères gommeux. « Elle ne voulait pas grandir ». Soumise à la médication spécifique, la croissance qui semblait enrayée sur elle, subit très positivement une impulsion soudaine et remarquablement intense à dater du jour où le mercure et l'iodure furent mis en œuvre.

L'action favorable du traitement sur l'état général mérite donc d'être signalée, à côté de l'influence heureuse exercée sur la lésion gommeuse.

Cette action est indéniable. Mais ne nous attardons pas à ces considérations, et de l'ensemble des faits exposés; concluons.

CONCLUSIONS

I. — La notion de syphilis héréditaire tardive, rendue incontestable dès le milieu du siècle dernier, mais établie définitivement en 1886 par les travaux de Fournier, repose sur trois données :

1° Caractère syphilitique des lésions nettement démontré;

2° Sujet indemne de toute contagion directe;

3° Aveu obtenu ou preuve de la syphilis d'un des parents au moins.

II. — Les lésions gommeuses, manifestations de cette diathèse, surviennent le plus fréquemment entre 10 et 20 ans, chez les jeunes filles.

III. — Elles ont un véritable siège d'élection : les jambes et la cavité bucco-pharyngée.

IV. — Elles ne diffèrent en rien cliniquement des mêmes lésions tertiaires de la syphilis acquise.

V. — Le diagnostic, toujours délicat, sera précoce. Il repose principalement :

1° Sur l'anamnèse, c'est-à-dire le résultat d'une enquête minutieuse menée près des parents et des collatéraux, tant par l'interrogatoire que par l'examen;

2° Sur les stigmates acquis ou natifs du sujet et sur ses antécédents personnels;

3° Sur les caractères objectifs de la lésion et enfin l'épreuve du traitement toujours institué au cas de doute.

VI. — Le pronostic variable avec l'état constitutionnel du sujet, l'importance de l'organe lésé, la précocité du traitement, variera surtout, suivant que le diagnostic a été posé ou non.

VII. — Le traitement comprendra le mercure et l'iodure qui pourront être indiqués aux mêmes doses, sous les mêmes formes que dans la syphilis acquise, suivant l'âge du sujet, le siège et la résistance de la lésion.

VIII. — L'accident étant guéri, un traitement de fond s'impose, dans le but d'atténuer la diathèse et de prévenir des accidents ultérieurs.

Vu : le Doyen de la Faculté,

P. BROUARDEL.

Vu : le Président,

FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- APERT. — Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1895.
AUGAGNEUR. — Thèse de Lyon, 1879.
BALZER. — Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert (tome II).
BARTHÉLEMY. — Syphilis et Santé Publique.
— Annales de Dermatologie, 1899 (p. 262).
BEAUSOLEIL. — Annales de la Polyclinique de Bordeaux, 1891.
BOGDAN (de Jassy). — Annales de Dermatologie, 1893 (p. 1213).
BOULENGIER. — Presse médicale belge, septembre 1894.
BROCQ. — Annales de Dermatologie, 1883.
BRUCE. — The Lancet, 1885.
CARTAZ. — Revue de Laryngologie, Paris, 1889 (p. 433-470).
CHABOUD. — Thèse de Paris, 1875.
CHEMINADE. — Annales de Dermatologie, 1889 (p. 953-956).
DEHENNE. — Union médicale de Paris, 1887, 3^e série XLIII (p. 270).
DUPRÉ. — France médicale, 13 mars 1888.
ETIENNE et GANZINOTTY. — Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. 1894.
A. FOURNIER. — Syphilis Héréditaire Tardive, Paris, 1886.
— Annales de Dermatologie, 1886 et 1896.
— Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, Paris, 1886, 2^e série XXIII (p. 711-713).
— Traité de la Syphilis, Paris, 1901.
EDM. FOURNIER. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo syphilis.
EDM. FOURNIER. — Bull. de la Soc. française de Dermatologie, 1899.
FREUND. — Annales de Dermatologie, 1898 (p. 1058).
GAUCHER. — Annales de Dermatologie, mai 1901.
GOULILOUD. — Lyon médical, 1881 (XXXVIII, p. 520-524).
GRANCHER. — Gazette Médicale de Paris, 1888 (7^e série, p. 315-317).
LANNELONGUE. — Société de Chirurgie, 1881, tome VII.
DE LAPERSONNE. — Bulletin médical du Nord. Lille, 1889 (XXVIII).
LELOIR et PERRIN. — Annales de Dermatologie, 1883.
LOHÉAC. — Journal des Sciences médicales de Lille, 1897.
MAURIAC. — Leçons sur les Maladies Vénériennes.
RAYNAUD D'ALGER. — Annales de Dermatologie, 1898.
DE SAINT-GERMAIN. — Annales de Dermatologie, 1890.
TROUSSEAU. — Journal de Médecine de Paris, mai 1887.
— Travaux d'Ophthalmologie, 1891.

